





(13) Пользуется ли заявитель другими видами медицинского страхования?  Да  Нет

(14) Если ответ на вопрос 13 — **ДА**, укажите название, адрес и телефон поставщика медицинского страхования заявителя и номер подписчика или участника, используемый для подачи требования на возмещение медицинских расходов от имени заявителя:

Представьте документы всех настоящих источников покрытия услуг здравоохранения или возмещения, связанных с другим медицинским страхованием.

(15) Укажите полное имя, телефон и кем приходится заявителю каждое лицо, уполномоченное получать и отправлять информацию от имени заявителя:

(16) Укажите имя и фамилию, адрес и телефон каждого поставщика услуг, от которого заявитель в настоящее время получает услуги здравоохранения, **на последней странице этой формы**. Если вы подавали эту информацию (а) в рамках подачи заявления или регистрации в другой программе здравоохранения либо (б) в рамках подачи иска о врачебной ошибке и информация по-прежнему актуальна, вы можете подать копию предыдущего заявления или регистрационной формы либо соответствующую часть такой формы для выполнения данного требования.

(17) Для подачи заявления нужно представить указанные далее документы.

- ✓ Заверенная копия судебного решения или утвержденного судом мирового соглашения, в котором установлено или признано, что заявитель получил неврологическое заболевание, связанное с рождением, 1 апреля 2011 года или после этой даты, включая все документы и (или) вещественные доказательства, упомянутые в мировом соглашении или судебном решении.
- ✓ Форма разрешения на раскрытие и использование медицинской информации.
- ✓ Заключение лечащего врача относительно конкретного характера и степени связанного с рождением неврологического повреждения или повреждений заявителя, включая диагнозы и влияние на повседневную деятельность заявителя и инструментальную деятельность в повседневной жизни, например копия долгосрочного плана ухода и т. д.
- ✓ В случае если для взаимодействия с фондом назначен уполномоченный представитель или доверенное лицо, представьте копию такого соглашения.



Если вы отправляете эту форму от имени заявителя, отметьте соответствующее описание того, кем вы приходиться заявителю.

Один из родителей     Опекун по назначению суда     Ответчик по обвинению во врачебной ошибке   
Опекун     Доверенное лицо

Полное имя, адрес и телефон одного из родителей или другого лица, официально уполномоченного подавать заявление от имени заявителя:

Подпись одного из родителей или другого лица, официально уполномоченного подавать заявление от имени заявителя

Дата

Список текущих поставщиков услуг заявителя

Полное имя / название	Адрес	Телефон	Специальность
-----------------------	-------	---------	---------------

---