



и отчетности в области здравоохранения/НІРАА)

Управление по компенсациям работникам штата Нью-Йорк

№ дела УПРАВЛЕНИЯ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ (если известен): _____

Информация для заявителя: Заполните данную форму, если вы в прошлом проходили лечение травмы той же части тела или заболевания, подобного описанному в настоящем заявлении. Данная форма позволяет указанным ниже поставщикам медицинских услуг предоставлять информацию о ваших прошлых травмах/болезнях страховщику вашего работодателя, отвечающему за выплату компенсаций. Федеральный закон НІРАА (Закон о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения 1996 года) гласит, что вы имеете право на получение копии данной формы. Если вы не понимаете данную форму, переговорите с вашим законным представителем. Если у вас нет законного представителя, вам может помочь защитник пострадавших работников в Управлении по компенсациям работникам. Звоните: 800-580-6665.

Информация для поставщика медицинских услуг: Копия настоящего разрешения в соответствии с законом НІРАА позволяет вам раскрывать информацию о состоянии здоровья. Если в ответ на данное разрешение вы направляете документы страховщику работодателя, который отвечает за выплату компенсаций работникам, также отправьте по почте копии законному представителю Заявителя. (Если ниже не указан законный представитель, направьте копии Заявителю). Поставщики медицинских услуг, предоставляющие документы, должны соблюдать закон штата Нью-Йорк и Закон о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения.

Настоящее разрешение является:

- Добровольным. Ваш(и) поставщик(и) медицинских услуг обязаны предоставить вам такое же обслуживание, условия оплаты и льготы вне зависимости от того, подпишете ли вы настоящую форму или нет.
• Ограниченным. Оно дает разрешение вашему (вашим) поставщику (поставщикам) медицинских услуг предоставлять только те документы, которые относятся к описанному ниже заболеванию/состоянию здоровья в прошлом.
• Временным. Оно заканчивается, когда текущее заявление на компенсацию принято или отклонено и все апелляции исчерпаны.
• Отзывным. Вы можете отменить настоящее разрешение в любое время. Для отмены направьте письмо поставщику (поставщикам) медицинских услуг из списка в настоящей форме. Также направьте копию письма страховщику вашего работодателя, отвечающему за выплату компенсаций, и в Управление по компенсациям работникам. Примечание: Вы не можете отменить настоящее разрешение в отношении уже предоставленных медицинских записей.
• Только для учета в работе. Оно дает разрешение вашему поставщику (вашим поставщикам) медицинских услуг, перечисленным в данной форме, направлять копии документов о состоянии вашего здоровья страховщику вашего работодателя, отвечающему за выплату компенсаций.

Настоящая форма НЕ разрешает вашему поставщику (вашим поставщикам) медицинских услуг разглашать следующие виды информации:

- Информация о ВИЧ
• Записи психотерапевта
• Лечение алкогольной/наркотической зависимости
• Психиатрическое лечение (если вы не отметите это ниже)
• Вербальная информация (ваши поставщики медицинских услуг не имеют права обсуждать информацию о вашем здоровье с кем бы то ни было)

Любые предоставленные медицинские записи становятся частью вашего дела по компенсации работникам и являются конфиденциальными по Закону о компенсациях работникам.

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (заявителе)

1. ФИО: _____ 2. № социального страхования: _____ - _____ - _____
3. Почтовый адрес: _____
4. Дата рождения: ____/____/____ 5. Дата получения имеющейся травмы/заболевания: ____/____/____
6. Имеющаяся травма/заболевание, включая все поврежденные части тела: _____
7. Имя и адрес вашего законного представителя (если таковой имеется): _____

Поставьте галочку, если вы разрешаете вашему (вашим) поставщику (поставщикам) медицинских услуг разглашать информацию о психиатрическом лечении.

B. ВАШ(И) ПОСТАВЩИК(И) МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (Перечислите всех поставщиков медицинских услуг, лечивших вас в прошлом от травмы той же части тела или от подобного заболевания. Если у вас более 2-х поставщиков, приложите их контактную информацию к данной форме.)

1. Поставщик: _____ 2. Телефон: (____) _____
3. Почтовый адрес: _____
4. Другой поставщик (если имеется): _____ 5. Телефон: (____) _____
6. Почтовый адрес: _____

C. ПРОЧИТАЙТЕ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ Настоящим прошу вышеуказанных поставщиков медицинских услуг предоставить страховщику моего работодателя по выплате компенсаций копии всей медицинской документации, относящейся к любой моей прошлой травме/болезни, ко всем частям тела, описанным выше.

Подпись заявителя (только чернилами – по возможности, используйте синюю шариковую ручку.)

Дата

Если заявитель не может поставить подпись, лицо, подписывающее от его/ее имени, должно заполнить следующую строку и расписаться:

Ваше имя:

Степень родства с заявителем:

Подпись (только чернилами – по возможности, используйте синюю шариковую ручку).

Дата