

Dr. Raymond A. Semente

CHIROPRACTOR
265 LAKE AVENUE – ST JAMES, NEW YORK 11780
TEL: 631 584-7722

Datos del paciente _____ **Fecha:** _____

Nombre de pila: _____ **Apellido:** _____

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono Particular (____) _____ - _____

Teléfono Móvil (____) _____ - _____

Email _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Sexo:** Masc Fem **Altura:** ____

Peso: ____

Numero de la Seguridad Social: ____ - ____ - ____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo

Situación Laboral: Empleado Desempleado Jubilado Discapacitado

Empleador: _____ **Teléfono del empleador#:** _____

Dirección: _____

¿Esta embarazada? Si ____ No ____ N/A ____

Contacto de Emergencia: _____

Nombre _____ **Relación con el paciente:** _____

Teléfono #: _____

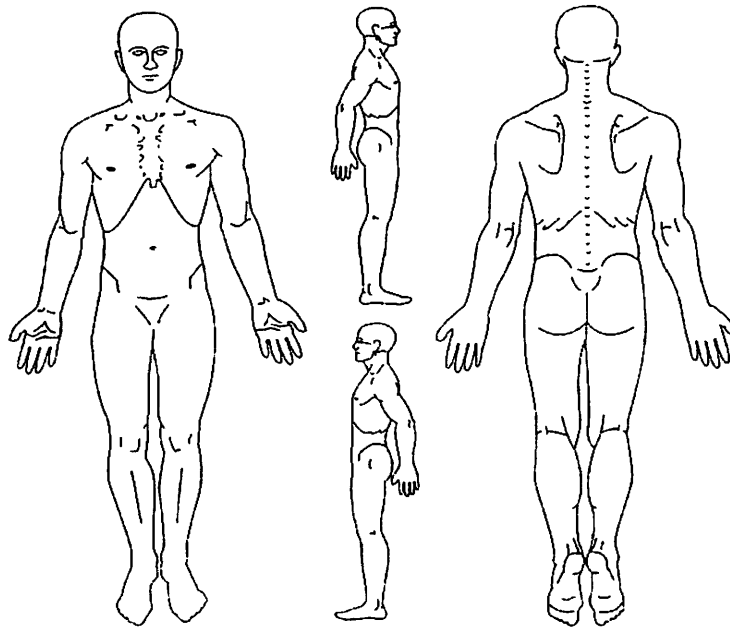
Dr. Raymond A. Semente

CHIROPRACTOR

265 LAKE AVENUE – ST JAMES, NEW YORK 11780

TEL: 631 584-7722

Indique en el diagram corporal donde siente dolor:



Fecha de inicio de los sintomas: _____

¿Sus síntomas son consecuencia de:

Accidente de trafico

Accidente laboral

Otros

¿Cómo empezaron sus sintomas? _____

Dr. Raymond A. Semente

CHIROPRACTOR
265 LAKE AVENUE – ST JAMES, NEW YORK 11780
TEL: 631 584-7722

Informacion sobre pagos y seguros:

¿Quien es responsable de su factura? Ser Seguro de Salud Accidente laboral

Accidente de trafico Medicare Medicaid Otros _____

Compania aseguradora personal: _____

ID # del Seguro: _____ OR Claim #: _____

Nombre del titular de la poliza: _____

Grupo # _____

Fecha de Nacimiento del asegurado ____ / ____ / ____

Doctora de atencion primaria _____

A mi leal saber y entender, toda la informacion anterior es exacta y correcta.

Por la presente reconozco y entiendo que soy responsable de mis facturas por los servicios profesionales prestados. Entiendo y acepto que las pólizas de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que el Dr. Raymond A. Semente preparará todos los formularios e informes y que puede divulgar cualquier información relacionada con mi preparación de caseína para que se me pague directamente. Sin embargo, entiendo y acepto claramente que todos los servicios que se me brindan se me cobran directamente a mí y que soy responsable del pago. También entiendo que si por alguna razón la compañía de seguros se niega a pagar cualquier parte de mi factura, yo soy directamente responsable del pago. Además, entiendo que si suspendo o termino mi atención, todos los honorarios por los servicios profesionales prestados serán exigibles y pagaderos

inmediatamente. _____

Firma: _____

Fecha: _____

Dr. Raymond A. Semente

CHIROPRACTOR
265 LAKE AVENUE – ST JAMES, NEW YORK 11780
TEL: 631 584-7722

Cesión de Beneficios y Condiciones/Consentimiento para Tratamiento

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS Y FOTOGRAFÍAS

El abajo firmante (en adelante “paciente” que también incluirá a los padres o tutores legales si el paciente es menor de edad o carece de capacidad legal y representante del paciente), consiente a los procedimientos y servicios que pueda realizar el Dr. Raymond A. Semente. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi condición o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las fotografías y el historial médico y/o registros médicos para fines de mi diagnóstico o tratamiento o para programas educativos o de capacitación realizados por el proveedor mencionado anteriormente. Entiendo que tengo derecho a solicitar el cese de la grabación o filmación. Esta oficina vestirá a pacientes masculinos y femeninos durante el examen inicial y los procedimientos de rayos X. Todos los pacientes deben dejar su ropa interior puesta ya que ningún examen o procedimiento de rayos X se verá comprometido. Todos los pacientes estarán protegidos. En visitas posteriores al consultorio, se deben dejar puestos todos los pantalones, zapatos, calcetines o pantalones cortos. Las batas de todos los pacientes se abren hacia atrás y no es necesario quitarles la ropa interior. Este aviso se proporciona para informarle sobre sus procedimientos de evaluación antes del examen. Es posible que algunos pacientes no deseen usar bata en exámenes posteriores. Por favor notifique a nuestra oficina si esto se aplica a usted.

OBJETOS PERSONALES

Se entiende y acuerda que el proveedor no será responsable por la pérdida o daño de dinero, joyas, documentos, pieles u otros artículos de cualquier valor.

INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL DEL PACIENTE

El paciente acepta y brinda consentimiento al proveedor para discutir y divulgar su información médica y de salud (PHI) personal con cualquiera de su personal, sus representantes y terceros para fines del tratamiento, pago de servicios u operaciones.

AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

El paciente acepta y demuestra su consentimiento para que el proveedor, su personal y/o su grupo legal preferido hagan lo siguiente en mi nombre: (1) presentar reclamaciones médicas del paciente ante mi plan de salud; (2) presentar cualquier apelación necesaria de reclamos médicos de pacientes rechazados o parcialmente pagados ante mi plan o las autoridades reguladoras en mi nombre; (3) presentar cualquier apelación externa necesaria ante las autoridades reguladoras; (4) presentar un litigio si es necesario

AUTORIZACIÓN DE ASIGNACIÓN PARA RECIBIR PAGOS DE CHEQUES DE SEGURO

El paciente acepta autorizar el pago de beneficios médicos y reclamos al Dr. Raymond A. Semente D.C, P.C. en 265 Lake Avenue St. James, NY 11780 para servicios facturados al transportista. El paciente autoriza la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones. También solicito el pago de beneficios gubernamentales al Dr. Raymond A. Semente D.C, P.C. en 265 Lake Avenue St. James, NY 11780 para aceptar la asignación.

POLÍTICA DE ATENCIÓN BENÉFICA

El paciente reconoce que conoce la Política de atención benéfica del proveedor. Si un paciente cree que califica para una reducción parcial o total de la responsabilidad, coseguro o deducible del paciente según dicha política, el paciente debe notificar al proveedor por escrito y proporcionar una copia de su declaración de impuestos federales sobre la renta del año fiscal anterior. al año en que se prestaron los servicios.

Firma: _____

Fecha: _____

Dr. Raymond A. Semente

CHIROPRACTOR
265 LAKE AVENUE – ST JAMES, NEW YORK 11780
TEL: 631 584-7722

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Yo _____ (nombre en letra de imprenta), por la presente reconozco que al comienzo de mi tratamiento o servicios prestados por el proveedor, se me ha proporcionado la política HIIPA y firmo voluntariamente este reconocimiento de que doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con estas condiciones de tratamiento para servicios para ser prestado por el proveedor.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR (SI CORRESPONDE)

Nombre del menor impreso: _____

Firma del padre/tutor que autoriza la atención: _____

Firma: _____

Fecha: _____

R. Notificado:
B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____ a continuación, es posible que tenga que pagar.

Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en D. _____ a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado
Electrical Muscle Stimulation Ultrasound X-Rays Needle EMG/Nerve Conduction Study Initial Examination Disc Decompression Therapy Myofascial Release Knee on Trac	Hay servicios que NO tienen tarifas programadas por Medicare.	\$30.00 \$35.00 \$95.00/view \$1,500 to \$2,000 \$190.00 \$4,000-6,000.00 \$60.00 \$1,500-\$4,000

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la D. _____ mencionada anteriormente.

Nota: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

- ☐ **OPCIÓN 1.** Deseo la D. _____ mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.
- ☐ **OPCIÓN 2.** Deseo la D. _____ mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.
- ☐ **OPCIÓN 3.** No deseo la D. _____ mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección no soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

H. Información adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/ TTY: 1-877-486-2048).

Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Dr. Raymond A. Semente

CHIROPRACTOR
265 LAKE AVENUE – ST JAMES, NEW YORK 11780
TEL: 631 584-7722

Autorización para cargar tarjeta de crédito

La oficina facturará a su compañía de seguros por los servicios actuales y futuros. Su compañía de seguros ajustará el monto facturado a las tarifas pagaderas según su póliza de seguro y posiblemente podría aplicarse a su deducible, si tiene uno.

El monto cargado a su tarjeta de crédito no puede exceder el monto que figura en la Explicación de beneficios y/o el cheque pagado a usted proporcionado por su compañía de seguros.

Estos cargos se autorizarán de forma recurrente en caso de que los servicios de tratamiento continúen más allá de la fecha de hoy, pero en ningún momento los cargos excederán el pago de la compañía de seguros por los servicios prestados, en cualquier fecha en que reciba los servicios. Esta autorización también es válida para cualquier copago no cobrado y no pagado.

Nombre en la tarjeta de crédito: _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de caducidad: _____ CVC: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de Tarjeta de Crédito (Círculo): Visa MasterCard Amex Discover

	El paciente autoriza al Dr. Raymond A. Semente a iniciar el cargo en mi (nuestra) tarjeta de crédito indicada anteriormente y yo (nosotros) autorizamos a la compañía de la tarjeta de crédito a aceptar los cargos en la misma tarjeta de crédito. Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) al Dr. Raymond A. Semente a aplicar pagos actuales y futuros a la tarjeta de crédito designada a medida que vence el tratamiento por los servicios. La autoridad debe permanecer en plena vigencia y eficacia hasta que el Dr. Raymond A. Semente haya recibido una notificación por escrito de su terminación en el momento en que se brinde una oportunidad razonable para actuar según la notificación.

Nombre impreso _____

Firma: _____

Fecha: _____

INDICE DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

- 0. El dolor va y viene y es muy suave.
- 1. El dolor es suave y no varía mucho.
- 2. El dolor va y viene y es moderado.
- 3. El dolor es moderado y no varía mucho.
- 4. El dolor va y viene y es muy severo.
- 5. El dolor es muy severo y no varía mucho.

Al Dormir

- 0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
- 1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
- 2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
- 3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
- 4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
- 5. El dolor no me deja dormir.

Al Sentarse

- 0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
- 1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
- 2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
- 3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
- 4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
- 5. Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

Al Estar De Pie

- 0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
- 1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
- 2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
- 5. Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

Al Caminar

- 0. No tengo dolor mientras que camino.
- 1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
- 2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
- 5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

Cuidado Personal

- 0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- 1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
- 2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
- 3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- 4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
- 5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

Al Levantar Objetos

- 0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
- 1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
- 2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
- 3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
- 4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
- 5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.

Al Viajar

- 0. No tengo dolor al viajar.
- 1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
- 2. Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
- 5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

Vida Social

- 0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
- 1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- 2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
- 3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
- 4. El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- 5. Dificilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

Cambio en el Grado de Dolor

- 0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
- 1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
- 2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
- 3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
- 4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
- 5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score _____

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____

**NEW YORK MOTOR VEHICLE NO-FAULT INSURANCE LAW
APPLICATION FOR MOTOR VEHICLE NO-FAULT BENEFITS**

NAME AND ADDRESS OF INSURER *	NAME, ADDRESS, AND PHONE NUMBER OF INSURER'S CLAIMS REPRESENTATIVE*
-------------------------------	---

DATE	POLICYHOLDER	POLICY NUMBER	DATE OF ACCIDENT	CLAIM NUMBER
------	--------------	---------------	------------------	--------------

TO ENABLE US TO DETERMINE IF YOUR ARE ENTITLED TO BENEFITS UNDER THE NEW YORK NO-FAULT LAW, PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN IT PROMPTLY.

- IMPORTANT: 1. TO BE ELIGIBLE FOR BENEFITS YOU MUST COMPLETE AND SIGN THIS APPLICATION.
 2. YOU MUST SIGN ANY ATTACHED AUTHORIZATION(S).
 3. RETURN PROMPTLY WITH COPIES OF ANY BILLS YOU HAVE RECEIVED TO DATE.

NAME AND ADDRESS OF APPLICANT*

1. YOUR NAME	2. PHONE NOS.	HOME	BUSINESS
--------------	---------------	------	----------

3. YOUR ADDRESS (NO., STREET, CITY OR TOWN AND ZIP CODE)	4. DATE OF BIRTH	5. SOCIAL SECURITY NO.
---	------------------	------------------------

6. DATE AND TIME OF ACCIDENT A.M. P.M.	7. PLACE OF ACCIDENT (STREET), CITY OR TOWN AND STATE
---	---

8. BRIEF DESCRIPTION OF ACCIDENT

9. DESCRIBE YOUR INJURY

10. IDENTITY OF VEHICLE YOU OCCUPIED OR OPERATED AT THE TIME OF THE ACCIDENT:		
<u>OWNER'S NAME</u>	<u>MAKE</u>	<u>YEAR</u>

THIS VEHICLE WAS: ☐ A BUS OR SCHOOL BUS, ☐ A TRUCK, ☐ AN AUTOMOBILE,
☐ OR A MOTORCYCLE

	YES	NO
11. WERE YOU THE DRIVER OF THE MOTOR VEHICLE?	☐	☐
WERE YOU A PASSENGER IN THE MOTOR VEHICLE?	☐	☐
WERE YOU A PEDESTRIAN?	☐	☐
WERE YOU A MEMBER OF OUR POLICYHOLDER'S HOUSEHOLD?	☐	☐
DO YOU OR A RELATIVE WITH WHOM YOU RESIDE OWN A MOTOR VEHICLE?	☐	☐

CONTINUATION ON NEXT PAGE

APPLICATION FOR MOTOR VEHICLE NO-FAULT BENEFITS - - PAGE TWO

12. WERE YOU TREATED BY A DOCTOR(S) OR OTHER PERSON(S) FURNISHING HEALTH SERVICES?

YES ☐ NO ☐

IF YES, NAME AND ADDRESS OF SUCH DOCTOR(S) OR PERSON(S):

13. IF YOU WERE TREATED AT A HOSPITAL(S), WERE YOU AN

OUT-PATIENT? ☐ IN-PATIENT? ☐

DATE OF ADMISSION: _____

HOSPITAL'S NAME AND ADDRESS: _____

**14. AMOUNT OF HEALTH
BILLS TO DATE:**

\$ _____

**15. WILL YOU HAVE MORE HEALTH
TREATMENT(S)?**

YES NO

☐ ☐

**16. AT THE TIME OF YOUR ACCIDENT WERE
YOU IN THE COURSE OF YOUR
EMPLOYMENT?**

YES NO

☐ ☐

**17. DID YOU LOSE TIME
FROM WORK?**

YES NO

☐ ☐

**DATE ABSENCE FROM
WORK BEGAN:**

**HAVE YOU RETURNED TO
WORK?**

YES NO

☐ ☐

IF YES, DATE RETURNED TO WORK: _____

AMOUNT OF TIME LOST FROM WORK: _____

**18. WHAT ARE YOUR GROSS AVERAGE
WEEKLY EARNINGS?**

**NUMBER OF DAYS YOU WORK
PER WEEK:**

**NUMBER OF HOURS YOU WORK
PER DAY:**

19. WERE YOU RECEIVING UNEMPLOYMENT BENEFITS AT THE TIME OF THE ACCIDENT?

YES ☐ NO ☐

**20. LIST NAMES AND ADDRESS OF YOUR EMPLOYER AND OTHER EMPLOYERS FOR ONE YEAR PRIOR TO
ACCIDENT DATE AND GIVE OCCUPATION AND DATES OF EMPLOYMENT:**

EMPLOYER AND ADDRESS	OCCUPATION	FROM	TO
EMPLOYER AND ADDRESS	OCCUPATION	FROM	TO
EMPLOYER AND ADDRESS	OCCUPATION	FROM	TO

21. AS A RESULT OF YOUR INJURY HAVE YOU HAD ANY OTHER EXPENSES?

YES ☐ NO ☐

IF YES, ATTACH EXPLANATION AND AMOUNTS OF SUCH EXPENSES.

**22. DUE TO THIS ACCIDENT HAVE YOU RECEIVED OR ARE YOU ELIGIBLE FOR PAYMENTS
UNDER ANY OF THE FOLLOWING:**

NEW YORK STATE DISABILITY? YES NO

☐ ☐

WORKERS' COMPENSATION?

☐ ☐

CONTINUATION ON NEXT PAGE

APPLICATION FOR MOTOR VEHICLE NO-FAULT BENEFITS - - PAGE THREE

THE APPLICANT AUTHORIZES THE INSURER TO SUBMIT ANY AND ALL OF THESE FORMS TO ANOTHER PARTY OR INSURER IF SUCH IS NECESSARY TO PERFECT ITS RIGHTS OF RECOVERY PROVIDED FOR UNDER THE NO-FAULT LAW.

THIS FORM IS SUBSCRIBED AND AFFIRMED BY THE
APPLICANT AS TRUE UNDER THE PENALTIES OF PERJURY

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR COMMERCIAL INSURANCE OR A STATEMENT OF CLAIM FOR ANY COMMERCIAL OR PERSONAL INSURANCE BENEFITS CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, AND ANY PERSON WHO, IN CONNECTION WITH SUCH APPLICATION OR CLAIM, KNOWINGLY MAKES OR KNOWINGLY ASSISTS, ABETS, SOLICITS OR CONSPIRES WITH ANOTHER TO MAKE A FALSE REPORT OF THE THEFT, DESTRUCTION, DAMAGE OR CONVERSION OF ANY MOTOR VEHICLE TO A LAW ENFORCEMENT AGENCY, THE DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES OR AN INSURANCE COMPANY, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME, AND SHALL ALSO BE SUBJECT TO A CIVIL PENALTY NOT TO EXCEED FIVE THOUSAND DOLLARS AND THE VALUE OF THE SUBJECT MOTOR VEHICLE OR STATED CLAIM FOR EACH VIOLATION.

SIGNATURE

DATE

DO NOT DETACH

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF WORK AND OTHER LOSS INFORMATION

THIS AUTHORIZATION OR PHOTOCOPY THEREOF, WILL AUTHORIZE YOU TO FURNISH ALL INFORMATION YOU MAY HAVE REGARDING MY WAGES, SALARY OR OTHER LOSS WHILE EMPLOYED BY YOU. YOUR ARE AUTHORIZED TO PROVIDE THIS INFORMATION IN ACCORDANCE WITH THE NEW YORK COMPREHENSIVE MOTOR VEHICLE INSURANCE REPARATIONS ACT (NO-FAULT LAW).

NAME (PRINT OR TYPE)

SOCIAL SECURITY NO.

SIGNATURE

DATE

DO NOT DETACH

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH SERVICE OR TREATMENT INFORMATION

THIS AUTHORIZATION OR PHOTOCOPY THEREOF, WILL AUTHORIZE YOU TO FURNISH ALL INFORMATION YOU MAY HAVE REGARDING MY CONDITION WHILE UNDER YOUR OBSERVATION OR TREATMENT, INCLUDING THE HISTORY OBTAINED, X-RAYS AND PHYSICAL FINDINGS, DIAGNOSIS AND PROGNOSIS. YOU ARE AUTHORIZED TO PROVIDE THIS INFORMATION IN ACCORDANCE WITH THE NEW YORK COMPREHENSIVE MOTOR VEHICLE INSURANCE REPARATIONS ACT (NO-FAULT LAW).

NAME (PRINT OR TYPE)

SIGNATURE

DATE

(IF THE APPLICANT IS A MINOR, PARENT OR GUARDIAN SHALL SIGN AND INDICATE CAPACITY AND RELATIONSHIP).

*LANGUAGE TO BE FILLED IN BY INSURER OR SELF-INSURER.

NYS FORM NF-2 (Rev 1/2004)

Page 3 of 3

**NEW YORK MOTOR VEHICLE NO-FAULT INSURANCE LAW
ASSIGNMENT OF BENEFITS FORM**

(FOR ACCIDENTS OCCURRING ON AND AFTER 3/1/02)

I, _____, ("Assignor") hereby assign to _____, ("Assignee")
(Print patient's name) (Print hospital or health care provider name)
all rights privileges and remedies to payment for health care services provided by assignee to which I am
entitled under Article 51 (the No-Fault statute) of the Insurance Law.

The Assignee hereby certifies that they have not received any payment from or on behalf of the Assignor and
shall not pursue payment directly from the Assignor for services provided by said Assignee for injuries sustained
due to the motor vehicle accident which occurred on _____, not withstanding any other agreement
(Print accident date)
to the contrary.

This agreement may be revoked by the assignee when benefits are not payable based upon the assignor's lack
of coverage and/or violation of a policy condition due to the actions or conduct of the assignor.

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON
FILES AN APPLICATION FOR COMMERCIAL INSURANCE OR A STATEMENT OF CLAIM FOR ANY COMMERCIAL OR
PERSONAL INSURANCE BENEFITS CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE
PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, AND ANY PERSON WHO,
IN CONNECTION WITH SUCH APPLICATION OR CLAIM, KNOWINGLY MAKES OR KNOWINGLY ASSISTS, ABETS,
SOLICITS OR CONSPIRES WITH ANOTHER TO MAKE A FALSE REPORT OF THE THEFT, DESTRUCTION, DAMAGE OR
CONVERSION OF ANY MOTOR VEHICLE TO A LAW ENFORCEMENT AGENCY, THE DEPARTMENT OF MOTOR
VEHICLES OR AN INSURANCE COMPANY, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME, AND
SHALL ALSO BE SUBJECT TO A CIVIL PENALTY NOT TO EXCEED FIVE THOUSAND DOLLARS AND THE VALUE OF
THE SUBJECT MOTOR VEHICLE OR STATED CLAIM FOR EACH VIOLATION.

(Print name of Patient)

(Signature of Patient)

(Date of signature)

(Address of Patient)

(Print name of Provider)

(Signature of Provider)

(Date of signature)

(Address of Provider)