



职业拳击手执照续签申请表

请仔细阅读以下说明后再填写申请表。信息不完整的申请表将被退回，这会延误执照的颁发流程。申请或支持文件如有任何疏漏、不准确或信息不全，均可视为拒发执照的充分理由，如果执照已颁发，则可能导致暂时吊销或撤销执照。

谁需要填写本表格？

本表格应由需要续签执照（即将或已经过期）的职业拳击手填写。

提供哪些付款方式？

可通过支票或汇票支付给：\$10 的费用支付给"NYS Athletic Commission" (纽约州竞技委员会)。对于被银行退回的任何支票，每张将收取 \$20 的费用。**请勿在申请表中夹带现金。**执照费用也可以在您赛前称重时收取。

何时可以续签执照？

要想续签执照，必须先登记职业拳击卡，并且通过严格的医学检查。因此在委员会确认您符合从事拳击的条件之前，不要提交此类申请。

需要重新录入指纹吗？

有可能。如果长时间未获得执照并且/或者连续多年没有续签执照，则可能需要重新录入指纹。如果需要重新录入指纹，委员会将向您发出通知。

续签的执照有效期有多久？

所有由委员会颁发和续签的执照有效期均为颁发日期之后的第一个 9 月 30 日。

我有多种执照，如果要续签其他执照，是否能够通过填写本表一并续签？

不能。对于每一种要续签的执照，您必须单独提交相应的表格。您还需要分别为每种执照支付费用。

申请表中的“子女抚养声明”部分

无论您是否有子女或任何抚养义务，纽约州（一般义务法）都要求签署“子女抚养声明”。

任何人拖欠子女抚养费达到四个月或以上，其商务、职业和驾驶执照可能被暂时吊销。

为规避法定抚养义务而故意提交虚假书面声明者，将遭受《刑法》§175.35 条款的处罚。向当地或州政府提交有欺诈意图的虚假文书属于 E 类重罪。

隐私相关通知

申请时是否需要提供我的社会安全号码？

是的。纽约州竞技委员会需要采集所有执照持有者的社会安全号码。索取和维护此类个人信息的依据参见《税法》§5 条款和《一般义务法》§3-503 条款。您必须披露此类信息。采集此类信息是为了让税务和财政部门识别在纳税申报中有逾期提交以及可能低估了他们的纳税金额的个人、企业或其他方，同时识别受税务和财政专员辖下税收政策影响的个人。它将用于税务管理以及税法授权的任何其他目的，也可能被儿童抚养执行机构或者本州或其他州根据《社会安全法》第 IV-D 篇授权的代表用来制定、修改或执行抚养命令，但不可向大众公开。如无法提供社会安全号码，需要做出书面说明。此类信息将在委员会的许可信息系统中记录和维护（地址为 123 William Street, New York, NY 10038-3804）。

请不要将此封面页作为申请附件送回。 - 谢谢 -



New York State Athletic Commission

纽约州
州务院(Department of State)
州竞技委员会(State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
电话: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

职业拳击手执照续签申请表

请阅读说明后再填写此申请表。
您必须回答每个问题，并用钢笔以正楷书写。

申请人姓名姓氏	名字	中间名的首字母	后缀
申请人住宅地址 — 街道和门牌号 (可加上邮政信箱以保证文件准确送达)			
城市	州	邮编 + 4	
县	国家		
社会安全号码 (参阅“隐私相关通知”)	出生日期 (月/日/年) 月月/日日/年年年年	日间联系电话 (必填, 以便在申请有问题时联系)	
电子邮箱 (必填)			

背景信息 — 此部分必填。否则申请将被退回。

- 自上次申请起，您是否在本州或其他地方有犯罪或违法行为 (不包括情节轻微的交通违规)，或者您和您现在或以前所在的公司所持有的任何执照、许可证、委任状、登记证以及执照、许可证、委任状、登记证的申请 (不一定与拳击相关) 是否曾被任何州、地区、政府管辖地或境外国家以任何理由撤销、暂时吊销或拒绝?
是 否
→如果选“是”，(如果选“是”，请说明详情)
- 本州或其他地方的任何法院是否有针对您的任何未决刑事起诉 (包括轻罪和重罪，不一定与拳击相关)? 如果选“是”，您需要提交一份指控起诉文件 (如起诉书、犯罪信息或诉状)。
是 否
→如果选“是”，(如果选“是”，请说明详情)

职业拳击信息 — 此部分必填。否则申请将被退回。

- 您目前在哪个体育馆训练? (提供体育馆的名称、地址和电话号码):
.....
.....
- 经理姓名 (如果适用):
- 经理的住址和电话号码:
- 教练姓名 (如果适用):
- 承办人姓名 (如果适用):

接下页

职业拳击手执照续签申请表

子女抚养声明 —

通过签署本申请，兹此证明，截至本申请日期，我没有支付子女抚养费的义务，或者，虽然我有支付子女抚养费的义务，但我没有拖欠子女抚养费达四个月或以上；或者，我通过收入或法院协定的支付或还款计划或者双方商定的计划支付子女抚养费；或者，我牵涉的子女抚养诉讼案件正在法院审理过程中；或者，我目前在领取公共救助或社会安全生活补助金。

申请人证词— 我签署并证实，本申请中的声明（包括任何随附纸张中的声明）已经过本人检查，据本人所知和信，其中提供的信息真实而准确，如有虚假愿受伪证罪处罚。我明白，为通过审批而在本申请中作出任何虚假声明可能招致处罚，包括但不限于：暂时吊销、撤销执照和/或罚款。

“健康和安全隐患披露”

根据《默罕默德·阿里拳击改革法案》(15 USC § 6305[c] [2000])，国会要求各拳击委员会在颁发联邦身份证明时采集每个职业拳击手的健康和安全隐患信息。除了上述规定之外，纽约州竞技委员会还认为，要求每个向纽约州申请执照的职业拳击手披露健康和安全隐患信息也符合拳击竞技活动的最大利益。

作为职业拳击手，您应该了解从事这项运动会面临很多健康和安全隐患，包括但不限于脑损伤风险。因此，我们强烈建议每个职业拳击手定期接受必要的医学检查和脑损伤检查程序。在申请执照时，纽约州竞技委员会可能要求申请人执行特定医学检查和程序，以排除脑损伤及不适合从事职业拳击活动的其他身体疾病。如果您需要了解这些检查的详细信息，请联系纽约州竞技委员会。

我证实，本人完全理解上述声明。

申请人签名

X

日期:

如果您申请的是执照，且希望获得一份纸质执照，请勾选此框：

请务必随本申请表附上任何必需的证明文件和相应的申请费（如果使用支票或汇票，支付抬头为：NYS Athletic Commission（纽约州竞技委员会））。

委员会专用：

执照编号： _____



B 部分

拳击手个人健康状况和信息披露部分-
(在 B 部分提供的信息将保留在每个拳击手的医疗档案中)

纽约州竞技委员会的药物滥用和类固醇政策

- I. 纽约州竞技委员会 (New York State Athletic Commission, NYSAC) 要求每个拳击手在医学检查中按照 NYSAC 规定的方式做药物和/或类固醇筛查。此外, NYSAC 有权利根据纽约未列入统一法典的法规 § 8925[3], 在不事先通知拳击手的情况下, 要求任何已获得执照的拳击手在执照有效期的任何时间做药物和/或类固醇筛查。
- II. 禁止使用纽约刑法和公共健康法规定的控制药物, 否则可能招致处罚, 包括但不限于: 暂时吊销或撤销执照、禁止从事拳击活动、改变拳击比赛结果和/或罚款。经 NYSAC 裁定对滥用此类药物和/或违禁药物负有责任的任何执照或许可证持有人都可能遭受这些处罚。
- III. 如果查出拳击手使用任何违禁药物和/或物质, 该拳击手可能会被禁止参加纽约州拳击活动, 其之前的所有拳击比赛结果可能改为“未参赛”。
- IV. 除了行政处罚之外, 因检查结果呈阳性而违反 NYSAC 药物滥用和类固醇政策的任何拳击手将在医学上暂停从事拳击活动, 在被 NYSAC 医疗人员清除相关医学记录之前, 该拳击手不能参加本州或其他地方的比赛。
- V. 拳击手承认并了解, NYSAC 将会对违反本政策的任何行为严厉执行和寻求适当的制裁措施。

拳击手证实 – 通过下面的签名, 我特此签署并证实, 我已经阅读上述关于违禁药物和/或物质的政策, 并且同意其中的条款, 我目前也没有使用任何违禁药物和/或物质或受其影响, 如有虚假愿受伪证罪处罚。

拳击手姓名: _____

拳击手签名: _____

日期: _____

-以下部分特意留白-



医学信息披露

授权向拳击委员会协会 (ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS, ABC)
的所有附属成员委员会分发医学信息

我特此授权纽约州竞技委员会向拳击委员会协会 (ABC) 的任何其他附属委员会或计划（包括其官方记录保管机构）发布、披露和提供纽约州竞技委员会获取的有关我作为拳击手执照持有人的任何及所有医疗记录，包括但不限于年度体检、眼科检查、神经学检查、HIV 病毒阴性测试、乙型肝炎病毒阴性测试、丙型肝炎病毒阴性测试、药物检测、住院记录，以及与我作为拳击手执照持有人所适用的任何其他疾病相关信息（包括病历、检查结果、诊断和预后）。

我了解并且同意，签署此“医疗信息披露”是选择性的，我拒绝签署此文档不会导致纽约州竞技委员会或 ABC 的任何附属成员委员会对我采取任何不利措施。

我了解并同意，这里所述的医疗记录不会出于 ABC 附属成员委员会决定我是否符合从事拳击职业以外的任何目的而披露。

我了解并同意，本授权自签署日期起一年内有效，并且与本文件所述的所有医疗记录相关，无论这些记录创建于授权签署日期之前还是之后。

拳击手正楷姓名

拳击手联邦身份证号

拳击手签名

签署日期

-以下部分特意留白-



授权根据 HIPAA 披露健康信息

患者姓名	出生日期	社会安全号码
患者地址		患者电话号码

我或我的授权代表要求按以下方式披露我的护理和治疗相关健康信息:

根据纽约州法律和 1996 年健康保险携带和责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的隐私规定, 我了解:

1. 本授权可能包括披露与**酒精和药物滥用**、**心理健康治疗** (心理治疗笔记除外) 以及**机密 HIV* 相关信息** (仅当我在第 9(a) 项的相关行中签名时) 相关的信息。如果下述健康信息包括这类信息, 并且我已在第 9(a) 项的相关行中签名, 即表示我特别授权向第 8 项中所列的人员披露这类信息。
2. 如果我授权披露 HIV 相关、酒精或药物治疗、心理健康治疗信息, 除非联邦或州法律允许, 否则未经我的授权, 信息接收者不得再披露这些信息。我了解, 我有权利要求获得一份可能未经授权而接收或使用本人 HIV 相关信息的人员名单。如果我遇到因披露 HIV 相关信息而产生的歧视, 我可通过 (718) 741-8400 联系纽约州人权处 (New York State Division of Human Rights), 或通过 (212) 306-7450 联系纽约市人权委员会 (New York City Commission of Human Rights)。这些机构负责保护我的权利。
3. 我有权随时向下列医疗护理提供方书面撤回本授权。我了解, 除了已根据本授权采取的行动之外, 我可以撤回本授权。
4. 我了解, 签署本授权纯属自愿。我在医疗计划中的治疗、付款、登记或者享受福利的资格不受我是否签署本披露声明的影响。
5. 依据本授权披露的信息可能被信息接收者再披露 (上面第 2 项所述除外), 并且这种再披露不再受联邦或州法律的保护。
6. 本授权并未授权您与第 9 (b) 项中指定的**律师或政府机构以外的任何其他人讨论我的健康信息或医疗护理**。

7. 披露此信息的健康提供方或实体的名称和地址:

8. 接收此信息的人员姓名和地址或人员类别:

New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038

9(a). 要披露的具体信息:

从 (插入日期) _____ 到 (插入日期) _____ 的病历 _____

整个医疗记录, 包括病史、医院记录 (心理治疗记录除外)、检测结果、放射检测、成像、转诊、咨询、帐单记录、保险记录以及其他医疗护理提供方发送给您的记录。

其他: _____ 包括: (姓名缩写签名指定)

_____ **酒精/药物治疗**

_____ **心理健康信息**

_____ **HIV 相关的信息**

授权讨论健康信息

(b) 通过此处的姓名缩写签名 _____ 我授权 _____

姓名缩写签名 个别医疗护理提供方的名称

与下列我的律师或政府机构讨论我的健康信息:

New York State Athletic Commission

(律师/律师事务所名称或政府机构名称)

10. 披露信息的原因:	11. 本授权到期的日期或事件:
--------------	------------------

应个人要求

其他:

自本日起一年

12. 如非患者本人, 签署此表格人员的姓名:	13. 代表患者签名的授权:
-------------------------	----------------

N/A

N/A

此表格中所有项目都已填写, 我关于此表格的问题也已得到解答, 此外, 我获得了表格的副本。

日期: _____

(患者或法律授权的代表签名)

* 导致艾滋病 (AIDS) 的人类免疫缺陷病毒。纽约州公共卫生法保护能够合理识别某人有 HIV 症状或感染的信息, 以及个人联系人的相关信息。