



프로 격투 스포츠 선수 면허 신청(프로 권투 선수 및 프로 종합 격투기 선수)

지침 내용을 주의 깊게 읽은 다음 신청서를 작성하십시오. 작성이 완료되지 않은 신청서는 반송되며, 이에 따라 면허 발급이 지연될 수 있습니다. 신청서 또는 기타 증빙 서류에 누락된 부분, 부정확한 부분, 작성이 완료되지 않은 부분이 있는 경우는 면허 발급이 거부될 수 있는 충분한 사유가 될 수 있으며, 면허가 발급된 경우라면 해당 면허가 취소 또는 중지될 수 있습니다.

면허가 있는 프로 격투 스포츠 선수가 되려면 연령 제한이 있습니까?

예. 면허를 취득한 프로 격투 스포츠 선수는 18 세 이상이어야 합니다.

프로 격투 스포츠 선수 신청 비용 및 유효기간은 어떻게 됩니까?

프로 권투 선수 면허 신청 수수료는 \$10.00 입니다. 프로 종합 격투기 선수 면허 신청 수수료는 \$50.00 입니다. 종합 격투기 면허는 면허 발효일로부터 1 년간 유효합니다. 권투 선수 면허는 취득일로부터 다음 해 9 월 30 일까지 유효합니다.

정규 면허증은 언제 신청할 수 있습니까?

정규 면허는 언제든지 신청할 수 있습니다. 하지만 예정된 경기에 참여할 계획인 경우, 적절한 처리 시간을 확보하기 위해 면허 신청서와 필수 서류를 해당 경기가 열리기 2 주 전에 제출하시기를 권장합니다.

면허는 언제 갱신합니까?

면허 만료일 3 개월 이전 또는 만료 후 3 년 이내에 갱신할 수 있습니다. 3 년 갱신 기간 내에 갱신하지 못한 경우, 정규 면허 신청서와 관련 서류를 제출해야 합니다.

지문을 채취해야 합니까?

아니요, 지문 채취는 필요하지 않습니다.

이메일 주소를 제공하는 이유는 무엇입니까?

면허증과 면허 또는 신청 관련 서신 내용을 이메일로 받게 됩니다. 이메일 주소가 변경될 경우, 신규 이메일 주소를 기재한 수정 신청서를 저희 사무소로 제출해주시기 바랍니다.

면허에 필요한 의료 검사 기록에는 어떤 것들이 있습니까?

아래 의료 검사 결과와 검사 일자가 필요합니다.

- 담당 의사 서명이 포함된 건강 이력 및 신체검사 기록 1 년 이내
- 뇌 MRI(자가 공명 영상) - 3 년 이내 일자
- 12 리드 EKG - 1 년 이내 일자
- 면허 소지 안과 의사가 실시한 동공확대 안과 검사 - 1 년 이내 일자
- B 형 간염 표면 항원 - 1 년 이내 일자
- C 형 간염 항체 - 1 년 이내 일자
- HIV - 1 년 이내 일자
- PT/INR - 가장 최근
- 혈소판 수 또는 CBC - 가장 최근
- PTT - 가장 최근
- 여성의 경우 임신 테스트 - 경기일 30 일 이전에 테스트한 것

프로 선수로서의 요건을 입증할 서류에는 어떤 것들이 있습니까?

- Amateur Book 사본 (프로 권투 선수 데뷔에만 해당)
- 최근 트레이닝 식이요법 및 아마추어 경력을 포함하는 트레이닝 서신(프로 데뷔 경우에만 해당)
- 다른 주 체육 위원회의 서신
- 본인의 프로 선수 요건을 입증할 아마추어 승인 조직 서신
- 격투 스포츠 분야 경력과 관련된 기사 또는 문서
- Fight Fax 또는 BoxRec (Boxing) 사본
- MixedMartialArts.com 경기 기록(MMA) 사본
- 복싱 선수 연방 ID 또는 국가 MMA ID 카드 사본
- 본인이 참가한 경기 자료 영상

신청에 필요한 서류는 어떤 것들이 있습니까?

- 담당 의사 서명이 포함된 건강 이력 및 신체검사 기록
- 상기 언급된 의료 검사 결과와 검사 일자
- 정부에서 발급한 사진이 있는 유효한 신분증 사본
- 프로 격투 선수 요건을 갖추었음을 증빙하는 서류 (Amateur Book, Fight Fax, BoxRec, MixedMartialArts.Com 경기 기록, 트레이너 서신, 자료 영상, 아마추어 승인 기구의 서한 등의 사본) - 갱신 시 불필요
- 본 신청서 "기본 정보" 섹션에 "예"라고 답한 문항에 대한 증빙 서류
- 프로 권투 선수 면허 신청 수수료 \$10.00
- 프로 종합 격투기 선수 면허 신청 수수료 \$50.00

신청 수수료 납부 방식은 무엇입니까?

국무부(Department of State)를 수취인으로 하는 수표 또는 우편환으로 납부할 수 있습니다. 현금을 보내지 마십시오. 신청 수수료는 환불되지 않습니다. 귀하의 은행이 반송하는 수표에 대해서는 \$20 의 수수료가 청구됩니다.

신청서와 증빙 서류를 주 체육 위원회에 어떻게 제출합니까?

보내실 곳: New York State, Department of State
State Athletic Commission
P.O. Box 22090
Albany, NY 12201-2001

신청서 상의 자녀 양육비 진술 섹션

자녀 양육비 진술서(Child Support Statement)는 자녀 또는 양육 의무의 여부와 상관없이 뉴욕 주(일반 의무법(General Obligations Law))에 따른 의무 사항입니다.

자녀 양육비 지급이 4 개월 또는 그 이상 연체된 사람은 사업자 등록증, 전문 면허, 운전면허증이 정지될 수 있습니다.

양육 의무의 합법적인 집행을 무력화 또는 무효화시킬 목적으로 의도적으로 허위 진술서를 제출하는 경우에는 형법 §175.35 에 따라 처벌 받을 수 있습니다. 사취할 의도로 주 정부 또는 지방 정부에 허위 문서를 제출하는 것은 E 급 중범죄에 해당합니다.

개인 정보 보호 알림

신청서에 소셜 시큐리티 번호를 기재해야 합니까?

예. 뉴욕 주 체육 위원회(State Athletic Commission)는 모든 면허 소지자의 소셜 시큐리티 번호를 수집해야 할 의무가 있습니다. 그러한 개인 정보를 요청 및 유지할 수 있는 권한은 세법 §5 및 일반 의무법 §3-503 에서 확인할 수 있습니다. 사용자의 정보 공개는 의무입니다. 조세 및 재무국(Department of Taxation and Finance)에서는 수집된 소셜 시큐리티 번호를 이용해 소득 신고를 하지 않았거나 조세 채무를 과소평가한 개인, 기업, 기타 대상을 파악하고, 조세 및 재무국장(Commissioner of Taxation and Finance)이 집행하는 조세 내용에 영향을 받는 사람을 개괄적으로 파악합니다. 소셜 시큐리티 번호는 조세 집행 목적 및 세법에서 승인한 기타 목적을 위해 이용되며, 자녀 양육비 집행 기관 또는 해당 주 또는 사회보장법(Social Security Act Section) 타이를 IV-D 에 따라 설립된 다른 주의 자녀 양육비 집행 기관 공식 대리자가 양육비 지급명령을 설정, 변경, 집행할 목적으로 이용될 수도 있지만 일반 대중에게는 이용이 허가되지 않습니다. 소셜 시큐리티 번호를 기재하지 않을 시에는 그에 대한 사유서를 서면으로 제출해야 합니다. 소셜 시큐리티 번호를 요청할 수 있는 권한은 19 NYCRR §207.5(a)(1)에 의거합니다. 수집된 소셜 시큐리티 번호는 체육 위원회(123 William Street, New York, NY 10038-3804)의 면허 정보 시스템에 보관됩니다.

이 신청서를 제출함으로써 프로 격투 스포츠 경기에 참여할 수 있는 권한을 부여받는 것은 아니라는 점을 유념하십시오.



프로 격투 스포츠 선수 면허 신청(프로 권투 선수 및 프로 종합 격투기 선수)

지침 내용을 읽은 다음 신청서를 작성하십시오. 답변은 볼펜을 이용해 정자체로 기재해야 합니다. *로 표시된 항목은 필수 응답 사항입니다.

한 가지 이상의 면허를 신청하려면 각각의 면허에 대해 별도의 신청서, 수수료 및 필요 서류를 제출하십시오.

*면허 유형을 선택하십시오(1 개만 체크하십시오). 권투 선수 (\$10.00) 종합 격투기 선수 (\$50.00)

현재 특정 프로 면허로 뉴욕 주 내에서 경기에 출전할 예정입니까? 예 아니요

"예"인 경우, 날짜 기재: _____ 경기장: _____

*신규 면허 또는 면허 갱신을 신청하거나 면허 정보를 수정/변경하고자 하십니까?

(하나만 선택): 신규(상기의 수수료 참조) 갱신(상기의 수수료 참조) 수정(수수료 없음)

신청자 정보

*이름	*성	중간 이름 이니셜	호칭
가명 (별칭이 있는 경우, 모두 기재하십시오)			
*주소 1	주소 2		
*시	*미국 또는 캐나다 주	*우편번호	
카운티(뉴욕 주 거주자인 경우)	*국가	*성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	*생년월일(월/일/연도)
*소셜 시큐리티 번호(Social Security Number, SSN)가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 소셜 시큐리티 번호 기재:			
*전화번호 - 자택	직장	휴대전화	*이메일 주소

정부에서 발급한 유효한 사진 신분증 사본을 첨부했습니다.

격투 선수 정보

*평균 체중 (파운드 표기)	*최소 체급 (파운드 표기)	*최대 체급 (파운드 표기)	*신장 (피트 및 인치로 표기)
링 네임(해당하는 경우):			
눈에 띄는 특징(문신, 흉터, 모반, 신체 피어싱 등)이 있는 경우, 아래 모두 기재하십시오.			
권투 선수 연방 ID 번호/국가 MMA ID 번호		ID 만료일	

1) *뉴욕 주에서 프로 격투 선수 요건에 맞는 경력을 기술하십시오. 공간이 더 필요할 경우, 추가 서류를 첨부하십시오.

--

2) *뉴욕 프로 격투 선수 요건을 갖추었음을 증빙하는 서류 사본을 제출하십시오. (문서 목록은 1 페이지를 참조하십시오)

3) *프로 격투 선수 요건을 갖추었음을 증빙하는 제출 서류는 어떤 종류입니까? 프로 아마추어

매니저 (매니저와 계약 관계일 경우, 아래 정보를 모두 기재하십시오):

매니저 사업자명	매니저 이름	매니저 성	중간 이름 이니셜	호칭
매니저 전화번호		매니저 이메일 주소		

프로 격투 스포츠 선수 면허 신청(프로 권투 선수 및 프로 종합 격투기 선수)

트레이너 (트레이너일 경우, 아래 정보를 모두 기재하십시오):

트레이너 이름	트레이너 성	중간 이름 이니셜	호칭
트레이너 전화번호		트레이너 이메일 주소	

후원자 (후원사와 계약 관계일 경우, 아래 정보를 모두 기재하십시오):

후원자 사업자명	후원자 이름	후원자 성	중간 이니셜	호칭
후원자 전화번호				

***체육관 - 스파링을 주로 하는 체육관/훈련 시설은 어디입니까?**

*체육관 또는 훈련 시설 사업자명				
*시	*주	국가	*전화번호	

프로 주심이나 심판, 계시원, 뉴욕 주 체육 위원회(NYS Athletic Commission) 직원 중 친척 관계이거나 사적인 관계에 있는 사람이 있다면 기재하십시오.

기본 정보

1) *뉴욕 주 체육 위원회나 다른 체육 위원회에서 발급한 면허를 현재 소지하고 있거나 과거에 소지한 적이 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우, 각 면허증에 해당하는 다음 정보를 기재:

면허 유형	발급 주(미국 내에만 해당)	발급 국가	면허 번호	면허 연도
-------	-----------------	-------	-------	-------

2) *뉴욕 주 또는 다른 지역에서 본인 또는 본인이 책임자인 회사에 발급된 면허 또는 허가증이 취소, 정지, 거부되거나 징계 조치를 받은 적이 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우 구체적으로 기재:

--

3) *뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 중범죄 또는 경범죄에 해당하는 범죄 행위에 대해 유죄를 선고받은 적이 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우, 각 유죄 선고에 해당하는 다음 정보 기재:

선고 연도	선고가 내려진 관할 지역	유죄가 선고된 죄명(범죄 행위)
-------	---------------	-------------------

유죄를 선고받았던 경우 장애 회복 증명서(Certificate of Relief from Disabilities), 특별 사면 증명서(Executive Pardon), 선행 증명서(Certificate of Good Conduct) 또는 기타 증빙 서류의 사본을 첨부하십시오.

4) *뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 현재 귀하와 관련된 범죄 혐의(중범죄 또는 경범죄)가 계류 중에 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우, 각 혐의에 해당하는 다음 정보를 기재:

혐의 연도	혐의가 발생한 관할 지역	범죄 행위(범죄의 성격)	혐의의 현재 상태
-------	---------------	---------------	-----------

5) *도박 관련 채무가 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우 구체적으로 기재:

--

확인 진술서

1) *자녀 양육비 진술서:

본인은 신청일을 기준으로 자녀 양육비 지급 의무가 없다는 사실 또는 자녀 양육비 지급 의무가 있다면, 자녀 양육비 지급이 4 개월 이상 연체되지 않았거나, 소득 차압 또는 법원 등의 지급/재지급 계획이나 관련자가 동의한 계획에 따라 양육비를 지급하고 있거나, 자녀 양육비 지급 의무가 법적 절차에 따라 계류 중에 있거나, 본인이 공공 지원 또는 생활보조금 수령자라는 사실을 확인합니다.

본인은 자녀 양육비 진술서를 읽고 이해했으며, 해당 사항을 준수하고 있음을 확인합니다.

2) “건강 및 안전 사항 공개서”

무하마드 알리 권투 개혁법(Muhammad Ali Boxing Reform Act)(15 USC § 6305[c] [2000])에 의거하여 의회는 각 권투 위원회는 모든 프로 권투 선수에게 연방 신분증(Federal Identification Card)을 발급할 경우 건강 및 안전 사항 공개서(health and safety disclosure)를 제공해야 합니다. 이러한 공개와 더불어, 뉴욕 주 체육 위원회는 뉴욕 주에 제출된 모든 프로 권투 선수 면허 신청서에 건강 및 안전 사항을 포함하는 것이 최선이라고 믿습니다.

프로 격투 스포츠 선수는 권투에 뇌 손상 등과 같은 다양한 건강 및 안전 상의 위험이 따른다는 점을 인식하고 있어야 합니다. 따라서, 모든 프로 격투 스포츠 선수는 정기적으로 필수 의료 검사 및 처치를 통해 뇌 손상 여부를 검사할 것을 강력히 권장하고 있습니다. 면허 신청과 관련하여, 뉴욕 주 체육 위원회에서는 뇌 손상 여부와 프로 격투 스포츠에서 사용이 금지된 기타 의료 사항을 검사하는 특정 의료 검사 및 처치를 의무적으로 요청하고 있습니다. 이러한 의료 검사에 대한 추가 정보가 필요한 경우 뉴욕 주 체육 위원회로 연락하십시오.

본인은 위 내용을 이해했습니다.

3) *법, 규칙 및 정책 (웹 사이트 www.dos.ny.gov/athletic 에서 확인 가능):

본인은 본인의 면허 원칙에 적용되는 뉴욕 주와 뉴욕 주 체육 위원회(NYSAC)의 법, 규칙 및 정책을 준수할 것을 이해하고 인지했으며 이에 동의합니다.

4) *신청 확인:

아래 서명한 본인은 뉴욕 주 법과 뉴욕 주 체육 위원회(New York State Athletic Commission)의 규칙 및 규정에 따라 신청서를 제출합니다. 본인은 본 신청이 뉴욕 주 국무부와 주 체육 위원회의 검토 후 승인 또는 거부될 수 있음을 이해합니다. 이 신청서를 제출함으로써 면허가 필요한 행위를 진행할 수 있는 권한 또는 특혜를 부여받는 것은 아니라는 것을 이해합니다. 본인은 위증 시 처벌을 받는 조건 하에 본 신청서의 정보가 사실임을 확인합니다. 본인은 허위 정보 제공 시 형사적, 행정적 처벌을 받을 수 있음을 이해하고 수락합니다. 본인은 또한 제공된 정보가 변경될 경우, 본 면허 신청서를 즉시 수정하고 수정한 신청서를 뉴욕 주 국무부(New York State Department of State), 주 체육 위원회에 제출해야 함을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 본 신청서에 따라 발급된 어떠한 면허도 양도할 수 없음을 이해합니다.

신청자 성명(정자체)

X

신청자 서명

날짜

신청서와 함께 해당 서류를 동봉하십시오.

- 담당 의사 서명이 포함된 건강 이력 및 신체검사 기록
- 검사일자 포함 의료 검사 결과(신청서 안내사항은 1 페이지를 참조하십시오)
- 정부에서 발급한 사진이 있는 유효한 신분증 사본
- 뉴욕 프로 격투 스포츠 선수 요건을 갖추었음을 증빙하는 서류 (Amateur Book, Fight Fax, BoxRec, MixedMartialArts.Com 경기 기록, 권투 선수 연방 신분증 또는 MMA 국가 ID 카드, 트레이너 서신, 자료 영상, 아마추어 승인 조직의 서한 등의 사본) – 갱신 시 불필요
- 본 신청서 “기본 정보” 섹션에 “예”라고 답한 문항에 대한 증빙 서류
- 프로 권투 선수 면허 신청 수수료 \$10.00(수표 또는 우편환으로 지불)
- 프로 종합 격투기 선수 면허 신청 수수료 \$50.00(수표 또는 우편환으로 지불)



프로 격투 스포츠 선수 의료정보 공개

(제공한 정보는 각 프로 격투 선수 의료 파일로 저장됩니다)

뉴욕 주 체육 위원회 약물 남용 및 스테로이드 규정

- I. 뉴욕 주 체육 위원회(NYSAC)에서는 모든 프로 격투 스포츠 선수에게 의료 검사의 일부분으로써 약물 및/또는 스테로이드 검사서를 NYSAC 가 요구하는 방식으로 제출할 것을 요구하고 있습니다. 또한, NYSAC 는 뉴욕 비통합법 (NY Unconsolidated Laws) § 8925[3]에 의거하여 면허를 발급받은 프로 격투 스포츠 선수에게 면허 기간 동안 사전 통보 없이 약물 및/또는 스테로이드 검사서 제출을 지시할 권리를 보유하고 있습니다.
- II. 뉴욕 형법(New York Penal Law) 및 공공 보건법(Public Health Law)에서 정의하는 바와 같이 규제 약물 사용은 금지되어 있으며, 이를 어길 시에는 면허 정지, 면허 취소, 상금 박탈, 경기 결과 변경 및/또는 벌금과 이에 국한되지 않는 처벌 조치가 따를 수 있습니다. 해당 처벌은 NYSAC 의 결정대로 규제 약물 및/또는 불법 물질을 사용한 책임이 있는 면허 또는 허가증 수령자에게 부과될 수 있습니다.
- III. 금지된 약물 및/또는 물질이 검출되면, 해당 프로 격투 스포츠 선수는 뉴욕 주 내에서 경기에 참여할 수 없으며, 이전 선수권 경기의 결과가 “무효(No contest)”화됩니다.
- IV. 행정 처벌과 더불어, NYSAC 약물 남용 및 스테로이드 규정을 위반한 것으로 확인된 프로 격투 스포츠 선수는 의료적으로 정지 처분을 받으며, NYSAC 의료 직원이 의료적으로 허가하기 전까지는 뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 경기에 참여할 수 없습니다.
- V. 본인, 프로 격투 스포츠 선수는 NYSAC 에서 해당 규정에 대한 위반 사항에 대해서 강력한 조치를 취할 것이며, 적절한 제재를 부과할 것이라는 점을 이해합니다.

신청자 진술 - 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본인은 아래에 서명함으로써 본인은 금지 약물 및/또는 불법 물질에 관한 해당 정책을 검토했으며, 여기에 설명되어 있는 내용에 동의하며 현재 금지 약물 및/또는 불법 물질을 사용 또는 복용하고 있지 않다는 점을 증명합니다.

신청자 성명(정자체): _____

신청자 서명: _____

날짜: _____



의료 정보 공개

권투위원회 협회(ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS, ABC)와 관련된 모든 위원회 회원에 대한 의료 정보 공개 허가서

본인은 이로써 뉴욕 주 체육위원회(New York State Athletic Commission)에서 공식 기록부, 본인의 격투기 프로선수 면허와 관련하여 확보한 본인의 의료 기록 전체 또는 일부, 연간 신체검사, 안과 검사, 신경 검사, HIV 바이러스 검사, B형 간염 검사, C형 간염 검사, 약물 검사, 병원 기록 및 격투기 프로선수 면허 소지와 관련된 기타 모든 정보를 권투위원회 협회(ABC)와 관련된 기타 다른 위원회 또는 프로그램에 제출, 공개, 비치할 수 있는 권한을 허가합니다.

본인은 의료 정보공개서에 서명하는 것이 선택 사항이며, 이를 거부함으로써 인해 뉴욕 주 체육위원회 또는 ABC와 관련된 기타 회원 위원회에서 본인에 대한 악의적인 조치를 취하지 않을 것임을 이해하며 이에 동의합니다.

본인은 여기에 기재되어 있는 의료 기록이 ABC와 관련된 회원 위원회에서 본인의 격투기 자격 여부를 결정하기 위한 목적 이외의 목적을 위해 공개되지 않을 것이라는 점을 이해하며, 이에 동의합니다.

본인은 해당 권한이 서명을 기재한 날짜로부터 1년 동안 유지되며, 의료기록의 생성 일자가 서명 날짜보다 이전 또는 이후임과 관계없이 해당 권한이 여기에 기재된 모든 의료 기록에 적용됨을 이해하며, 이에 동의합니다.

신청자 이름(정자체)

신청자 연방 I.D. #

신청자 서명

서명 일자



HIPAA 에 따른 의료 정보 공개 허가서

환자 이름	생년월일	소셜 시큐리티 번호
환자 주소		환자 전화번호

본인 또는 본인의 법적 대리인은 본인의 관리 및 치료와 관련된 의료 정보를 이 양식에 설명되어 있는 대로 공개할 것을 요청합니다. 뉴욕 주 법(New York State Law) 및 1996 년 건강 보험 이동 및 책임법의 개인 정보 보호 규정(Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)) 에 따라 본인은 다음 내용을 이해합니다.

- 이 허가에는 9(A)항에 해당하는 칸에 본인의 이니셜을 기재할 경우에만 심리치료 진료서를 제외한 **알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료**와 관련된 정보 및 **기밀 HIV* 관련 정보**의 공개가 포함됩니다. 이러한 종류의 의료 정보가 아래 기재된 의료 정보에 포함될 경우, 본인은 9(a)항에 해당하는 상자에 이니셜을 기재하고, 8 항에 표시된 개인에게 해당 의료 정보를 공개하는 것을 허용합니다.
- 본인이 HIV 관련, 알코올 및 약물 치료, 의료 치료 정보를 공개하는 것을 허용하면, 해당 정보의 수령인은 연방법 또는 주법에서 허용하지 않는 한 본인의 허가 없이 해당 정보를 공개할 수 없습니다. 본인은 허가 없이 본인의 HIV 관련 정보를 수령하고 이용할 수 있는 사람의 명단을 요청할 수 있는 권리를 보유하고 있다는 것을 알고 있습니다. HIV 관련 정보의 발표 또는 공개로 인해 차별을 겪는 경우, 본인은 뉴욕 주 인권부(New York State Division of Human Rights)에 (718) 741-8400 번 또는 뉴욕 시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 해당 기관은 본인의 권리 보호를 담당합니다.
- 본인은 아래 기재된 의료 제공자에게 서면으로 요청해 언제나 해당 허가를 취소할 수 있는 권리가 있습니다. 본인은 이 허가를 근거로 이미 취해진 조치를 제외하고 해당 허가를 취소할 수 있다는 점을 이해합니다.
- 본인은 이 허가서에 자발적으로 서명했습니다. 본인의 치료, 지급 내용, 건강 보험 가입 여부, 혜택 수령 자격 등은 해당 의료 정보 공개 허가서와 무관합니다.
- 이 허가서에 의해 공개된 정보는 정보 수령자에 의해서 재공개될 수 있으며(단, 2 항에 기재된 경우 제외), 재공개될 경우 해당 사항은 연방법 또는 주법에 따른 보호 대상이 될 수 없습니다.
- 본 허가서는 귀하가 본인의 의료 정보 또는 의료 치료를 9(b)항에 명시되어 있는 정부 기관 또는 변호인을 제외한 다른 사람에게 공개할 수 있는 권한을 허용하지 않습니다.**

7. 의료 정보를 공개하는 의료 제공자 또는 기관의 이름과 주소:	
8. 의료 정보를 수령할 사람(들) 또는 수령인 유형에 대한 이름 및 주소: New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038	
9(a). 공개할 특정 의료 정보: <input type="checkbox"/> 의료 기록 공개 기간(날짜 기재) ~ (날짜 기재) 환자 이력, 의사 진료서(심리치료 진료서 제외), 검사 결과, 방사선 기록, 필름, 의뢰서, 상담서, 지불 내역, 보험 기록, 의료 제공자가 환자에게 보낸 기록을 포함한 전체 의료 기록. <input type="checkbox"/> 기타: _____ 포함 내용: (이니셜로 기재) 알코올/약물 치료 정신 건강 정보 HIV 관련 정보 의료 정보 관련 논의 허가:	
(b) <input checked="" type="checkbox"/> 이니셜 기재 _____ 본인은 _____ _____ 본인 이니셜 _____ 개별 의료 제공자 이름	
(이) 가 본인의 의료 정보에 대해 여기에 기재된 정부 기관 또는 본인의 변호인과 논의하는 것을 허가합니다: New York State Athletic Commission (변호인/법률 사무소 이름 또는 정부 기관명)	
10. 정보 공개 사유: 개인의 요청 시 <input type="checkbox"/> 기타:	11. 이 허가가 종료되는 날짜 또는 사건: 이 일자로부터 1 년 후
12. 양식 서명자의 이름 (환자가 아닌 경우): 해당 사항 없음	13. 환자를 대리하여 서명하는 권한: 해당 사항 없음
본인은 이 양식의 모든 항목을 작성하고 양식에 관한 질문에 대해 답변을 들었습니다. 또한 본 양식의 사본을 받았습니다. 날짜: _____ (환자 또는 법적 대리인의 서명)	