New York State Athletic Commission

Estado de Nueva York
Departamento de Estado
Comisión Atlética del Estado (State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
Por teléfono: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LICENCIA DE BOXEADOR PROFESIONAL

***Lea** las instrucciones cuidadosamente antes de completar la solicitud. Las solicitudes incompletas se devolverán; lo que demorará la licencia. Cualquier omisión, inexactitud o la falta de divulgación completa en una solicitud o no proporcionar la documentación de apoyo puede considerarse razón suficiente para denegar una licencia o, si se emitiera una licencia, podría causar la suspensión o revocación de una licencia.*

¿Quién debe completar este formulario?

El presente formulario debe ser completado por boxeadores profesionales que renueven una licencia a punto de vencer o que ya haya vencido.

¿Qué formas de pago aceptan?

Puede pagar con cheque o giro postal a nombre de: "NYS Athletic Commission" por el monto de $10. Se cobrará una tarifa de $20 por cada cheque que su banco devuelva. **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO CON SU SOLICITUD.** El costo de la licencia también se puede deducir de su cartera durante un pesaje.

¿Cuándo puedo renovar una licencia?

Para renovar una licencia por primera vez, se debe programar que aparezca en una tarjeta de boxeo profesional y aprobar exámenes médicos rigurosos; por lo tanto, no debe presentar esta solicitud hasta que la Comisión lo haya aprobado para boxear condicionalmente.

¿Debo presentar huellas digitales nuevas?

Posiblemente. Si no ha tenido licencia por un período prolongado de tiempo y/o no la ha renovado durante demasiados años consecutivos, tal vez deba presentar huellas digitales nuevas. La Comisión le informará si debe volver a presentar huellas digitales.

¿Por cuánto tiempo es válida mi licencia?

Todas las licencias emitidas por la Comisión, incluidas las renovaciones, serán válidas hasta el 30 de septiembre siguiente a su fecha de emisión.

Tengo diferentes licencias, ¿debo completar este formulario para renovar las otras?

No, debe presentar un nuevo formulario para cada tipo de licencia que intenta renovar. También debe presentar un pago por separado para cada tipo de licencia.

Sección de Declaración de Manutención Infantil de la solicitud

La Declaración de Manutención Infantil es obligatoria en el Estado de Nueva York (Régimen General de Obligaciones), independientemente de si efectivamente tiene hijos o alguna obligación de manutención.

Cualquier persona con cuatro meses o más de atraso en el pago de manutención infantil podría estar sujeta a la suspensión de su licencia comercial, profesional o de conducir. La presentación intencional de una declaración por escrito falsa con el propósito de frustrar o anular el cumplimiento legal de las obligaciones de sustento se castigará de acuerdo con la Sección 175.35 del Derecho Penal. Ofrecer un documento falso para su presentación ante un gobierno estatal o local con la intención de defraudar es un delito grave de clase E.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

¿Debo suministrar mi número de Seguro Social en la solicitud?

Sí. La Comisión Atlética del Estado está obligada a tener los números de Seguro Social de todos los licenciatarios. La autoridad para solicitar y mantener dicha información personal se encuentra en la Sección 5 de la Ley Impositiva y en la Sección 3-503 del Régimen General de Obligaciones. Su divulgación es obligatoria. La información se obtiene para permitir al Departamento de Impuestos y Finanzas identificar a los individuos, las empresas y otros que han estado en mora en la presentación de declaraciones de impuestos o que podrían haber subestimado sus obligaciones tributarias y para identificar, en general, a las personas afectadas por los impuestos administrados por el Comisionado de Impuestos y Finanzas. Se utilizará para fines de administración tributaria y cualquier otro propósito autorizado por la Ley Tributaria. También puede ser utilizada por los organismos encargados de hacer cumplir las obligaciones de manutención infantil o sus representantes autorizados de este u otros estados establecidos de conformidad con el Título IV-D de la Ley de Seguro Social, para establecer, modificar o hacer cumplir una orden de manutención, pero no estará disponible para el público. Se requiere una explicación por escrito en caso de no suministrar su número. Esta información se conservará en el Sistema de Información de Licencias por parte de la Comisión, en 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

NO ENVÍE ESTA PORTADA CON SU SOLICITUD. - GRACIAS

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY.
New York State Athletic Commission

Estado de Nueva York
Departamento de Estado
Comisión Atlética del Estado (State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
Por teléfono: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LICENCIA DE BOXEADOR PROFESIONAL

Lea las instrucciones antes de completar esta solicitud.
Debe contestar cada pregunta e IMPRIMIR las respuestas en tinta.

NOMBRE DEL SOLICITANTE APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	SUFIJO

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DEL SOLICITANTE — NÚMERO Y CALLE (SE PUEDE AGREGAR APDO. POSTAL PARA GARANTIZAR LA ENTREGA)

CIUDAD	ESTADO	C.P.+ 4

CONDADO	PAÍS

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ver Notificación de Privacidad)	FECHA DE NACIMIENTO (día, mes, año) DD/MM/AAAA	TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OBLIGATORIO; en caso de que exista algún problema con la solicitud)

CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO)

Antecedentes — *Debe completar esta sección. Si no la completa, se devolverá su solicitud.*

1. Desde su última solicitud, ¿algún estado, territorio o jurisdicción gubernamental o país extranjero lo ha condenado, por cualquier motivo, por un crimen o delito (infracción de tráfico no menor), cometido en este estado o en otro lugar o ha revocado, suspendido o denegado alguna licencia, permiso, comisión, registro o una solicitud de licencia, permiso, comisión o registro (no solo en relación con el boxeo) en su poder o presentado por usted o por una empresa de la que es o fue Director? **Sí** ☐ **No** ☐
   ➔ **EN CASO AFIRMATIVO,** adjunte detalles
2. ¿Existen cargos penales (delitos menores o mayores), no solo relacionados con el boxeo, pendientes en su contra en un tribunal de este estado o en otro lugar? Si es así, debe presentar una copia del documento acusatorio (por ejemplo, acusación, información penal o denuncia).
   Sí ☐ **No** ☐
   ➔ **EN CASO AFIRMATIVO,** adjunte detalles

Información sobre boxeo profesional — *Debe completar esta sección. Si no la completa, se devolverá su solicitud.*

1. ¿En qué gimnasio entrena actualmente? Incluya nombre, dirección y número de teléfono del gimnasio):
   ……
   ……
7. Nombre del gerente (si aplica): ……
8. Dirección y teléfono del gerente: ……
9. Nombre del entrenador (si aplica): ……
10. Nombre del promotor (si aplica): ……

continúa en la siguiente página

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LICENCIA DE BOXEADOR

Declaración de Sustento de menores —
Al firmar esta solicitud, certifico que, a partir de la fecha de esta solicitud, no tengo obligación alguna de pagar sustento de menores **O** si tengo una obligación de pagar sustento de menores, no tengo una mora de cuatro o más meses en el pago de dicho sustento, o estoy haciendo pagos por ejecución de ingresos o por medio de un plan de pagos o repagos acordado con el tribunal o por medio de un plan acordado entre las partes o mi obligación de sustento de menores es el asunto de un proceso judicial pendiente, o estoy recibiendo asistencia pública o ingresos de seguridad complementarios.

Afirmación del solicitante. Suscribo y afirmo, bajo las penalidades de perjurio, que las declaraciones presentadas en esta solicitud (incluidas las declaraciones en los papeles adjuntos) han sido examinadas por mí y, según mi leal saber y entender, son verdaderas y correctas. Entiendo que cualquier declaración falsa incluida en la presente solicitud para lograr su aprobación podría resultar en una acción disciplinaria, incluidas, entre otras, la suspensión, revocación y/o multas.

"DIVULGACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD"

De acuerdo con la Ley de Reforma al Boxeo Muhammad Ali (15 USC § 6305[c] [2000]), es el propósito del Congreso que cada comisión de boxeo debe presentar a cada boxeador profesional una divulgación de salud y seguridad al emitir una Tarjeta de identificación federal. Adicionalmente a dicha divulgación, la Comisión Atlética del estado de Nueva York considera que en beneficio del boxeo se debe incluir una divulgación de salud y seguridad con cada solicitud de licencia para boxeador profesional presentada en el estado de Nueva York.

Como un boxeador profesional, usted debe tener conocimiento de que este deporte incluye muchos riesgos para la salud y seguridad, que incluyen, pero no se limitan a, riesgo de lesión cerebral. Por lo tanto, es recomendable que todos los boxeadores profesionales se sometan periódicamente a los exámenes y procedimientos médicos necesarios para detectar lesiones cerebrales. En relación con esta solicitud de licencia, la Comisión Atlética del Estado puede requerir ciertos exámenes y procedimientos médicos específicos destinados a detectar lesiones cerebrales y otros problemas médicos contraindicados para el boxeo profesional. Si necesita más información sobre estos exámenes, comuníquese con la Comisión Atlética del Estado de Nueva York.

Afirmo que entiendo la declaración anterior.

Firma del solicitante

X _____ Fecha: _____

SI SOLICITA UNA LICENCIA Y DESEA QUE LE ENVÍEN UNA LICENCIA IMPRESA, MARQUE ESTA CASILLA: ☐

Recuerde incluir en este formulario todas las explicaciones necesarias y el pago correspondiente (si es por cheque o giro postal, a nombre de: NYS Athletic Commission).

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN:

Número de licencia: _____

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | New York State Athletic Commission

PARTE B

Secciones de divulgación y publicaciones médicas del boxeador:

(La información proporcionada en la Parte B se conservará en el expediente médico de cada boxeador)

POLÍTICA SOBRE EL ABUSO DE DROGAS Y ESTEROIDES DE LA COMISIÓN DEPORTIVA DEL ESTADO DE NUEVA YORK

I. La Comisión Atlética del estado de Nueva York (NYSAC) exige que todo boxeador, como parte de sus exámenes médicos, envíe un examen de drogas o esteroides de la manera en que lo indique la NYSAC. Asimismo, NYSAC se reserva el derecho de instruir a cualquier Boxeador autorizado para que presente un examen de drogas o esteroides en cualquier momento durante el periodo de licencia sin previo aviso para el Boxeador, de acuerdo con las Leyes no consolidadas de NY § 8925[3].

II. El uso de sustancias controladas, según lo definen la Ley Penal y la Ley de Salud Pública de Nueva York, está prohibido y puede llevar a una acción disciplinaria, incluyendo, pero sin limitarse a: suspensión, revocación, decomiso de la bolsa, modificación de un resultado de boxeo o multas. Dichas penalizaciones se pueden imponer sobre cualquier licenciatario o portador de permiso responsable del abuso de dichas drogas o sustancias ilícitas, según lo que determina la NYSAC.

III. Si se detecta alguna droga o sustancia prohibida, dicho boxeador quedará imposibilitado para boxear dentro del estado y los resultados de dicha temporada se modificarán a "sin combates".

IV. Además de cualquier penalización administrativa, todo boxeador que arroje un resultado positivo en las pruebas para una infracción de la política de abuso de drogas y esteroides de la NYSAC será suspendido médicamente y no podrá competir en este Estado ni en ningún otro hasta que el boxeador haya sido médicamente aprobado por el personal médico de NYSAC.

V. El boxeador reconocer y comprende que la NYSAC implementará y buscará vigorosamente las sanciones apropiadas por cualquier violación a esta póliza.

Afirmación del Boxeador. Al colocar mi firma a continuación, suscribo y afirmo por este medio bajo las penalizaciones de perjurio, que he revisado la anterior política sobre drogas o sustancias ilícitas prohibidas, que estoy de acuerdo con los términos ahí descritos y que actualmente no estoy utilizando o de otra manera no estoy bajo la influencia de ninguna droga o sustancia ilícita prohibida.

Nombre del Boxeador: _____

Firma del Boxeador: _____

Fecha: _____

-Esta sección se dejó vacía intencionalmente-

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | New York State Athletic Commission

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
AUTORIZACIÓN PARA DISTRIBUIR INFORMACIÓN MÉDICA A TODAS LAS COMISIONES DE MIEMBROS AFILIADAS CON LA ASOCIACIÓN DE COMISIONES DE BOXEO (ABC)

Yo, por este medio, autorizo a la Comisión Atlética del estado de Nueva York a divulgar, publicar y proporcionar a cualquier otra comisión o programa afiliado con la Asociación de Comisiones de Boxeo (ABC), incluyendo su registrador oficial, cualquier y todos mis registros médicos obtenidos por la Comisión Atlética del estado de Nueva York con relación a mi licencia como un boxeador, incluyendo, pero sin limitarse a, exámenes físicos anuales, exámenes oftalmológicos, exámenes neurológicos, pruebas negativas del virus VIH, virus de la Hepatitis B y de la Hepatitis C, pruebas de drogas, registros hospitalarios y cualquier otra información sobre las condiciones relacionadas con el decoro de mi licencia como un boxeador (incluyendo historial, hallazgos, diagnóstico y pronóstico).

Comprendo y estoy de acuerdo que firmar esta Divulgación de información médica es opcional y que mi rechazo a firmar este documento no provocará ninguna reacción adversa en mi contra por parte de la Comisión Atlética del estado de Nueva York o de cualquier otra comisión miembro afiliada a la ABC.

Comprendo y estoy de acuerdo en que los registros médicos descritos aquí no serán divulgados para ningún propósito que sea diferente al propósito de una comisión miembro afiliada con la ABC que se refiere a determinar mi elegibilidad para participar en un boxeo.

Comprendo y estoy de acuerdo en que esta autorización permanecerá vigente por un periodo de un año, a partir de la fecha en se firme, y que es relevante para todos los registros médicos descritos en esta, ya sea que dichos registros se hayan creado antes o después de la fecha en que esta autorización se firmó.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL BOXEADOR	**N.° DE IDENTIFICACIÓN FEDERAL DEL BOXEADOR**
FIRMA DEL BOXEADOR	**FECHA DE LA FIRMA**

-Esta sección se dejó vacía intencionalmente-

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | New York State Athletic Commission

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME A HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.° de Seguro Social
irección del paciente		Teléfono del paciente

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud acerca de mi atención y tratamiento sea divulgada como se indica en este formulario.

De conformidad con la Ley estatal de Nueva York y al Reglamento de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPPA), comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL y ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS,** excepto por las notas de psicoterapia y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada del inciso 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, y que yo haya colocado mis iniciales en la casilla del inciso 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el inciso 8.
2. Si autorizo dar a conocer la información relacionada con VIH, tratamiento contra alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido redivulgar dicha información sin mi autorización, salvo lo que permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la publicación o divulgación de información relacionada con VIH, puedo ponerme en contacto con la New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del estado de Nueva York) llamando al (718) 741-8400 o con la New York City Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York) llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante aviso por escrito al proveedor de atención médica indicado a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización, salvo hasta donde dicha acción ya haya sido tomada con base en esta autorización.
4. Comprendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que dé mi autorización para esta divulgación.
5. Es posible que cierta información divulgada bajo esta autorización pueda ser divulgada de nuevo por los destinatarios (excepto como se indicó arriba en el inciso 2), y que puede ser que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL INCISO 9 (b).**

7. Nombre y domicilio del proveedor de salud o de la entidad a quien se dará a conocer esta información:

8. Nombre y domicilio de la persona o personas o categoría de personas a quienes se enviará esta información:

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

9(a). Información específica que se divulgará:

☐ Expediente médico desde (insertar fecha)_____ hasta (insertar fecha)_____

☑ Todo el expediente médico, incluido el historial del paciente, notas de la oficina (salvo notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, recomendaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

❑ Otros:_____

_____

Incluye: (indicado por medio de las iniciales)

_____ **Tratamiento contra el abuso del alcohol/ drogas**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con VIH**

Autorización para conversar sobre la información de salud

(b) ☑ Al colocar mis iniciales aquí _____ autorizo a_____

Iniciales — Nombre del proveedor de atención médica individual

para discutir mi información de salud con mi abogado, o una agencia gubernamental, enumerada aquí:

New York State Athletic Commission

(Nombre del abogado/firma o Nombre de la agencia gubernamental)

10. Motivo por el que se divulgará la información:
☑ A solicitud de la persona individual
❑ Otro:

11. Fecha o evento en el cual vence esta autorización:

Un año a partir de esta fecha

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

N/A

13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

N/A

Todos los puntos de este formulario han sido completados y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

_____
(Firma del paciente o representante autorizado por ley)

Fecha: _____

*** Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente pudiera identificar a alguien de tener síntomas de VIH o infección e información sobre los contactos de una persona.**