NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY.
New York State Athletic Commission

뉴욕주
국무부(Department of State)
체육 위원회(State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
전화: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

# APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE
# 프로 권투 선수 면허 신청서

***Read** the instructions carefully before completing the application. Incomplete applications will be returned, delaying licensure. Any omission, inaccuracy or failure to make full disclosure in an application or supporting documentation may be deemed sufficient reason to deny a license, or, if a license is issued could result in the suspension or revocation of a license.*
*지침 내용을 꼼꼼하게 **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.*

## What is a Professional Boxer?
## 프로 권투 선수란?

New York State law (Title 25 of the Unconsolidated Laws) defines a professional boxer as: "one who competes for a money prize or teaches or pursues or assists in the practice of boxing as a means of obtaining a livelihood or pecuniary gain… ."(NY Uncon. § 8907)
뉴욕 주법(뉴욕주 비통합법(Unconsolidated Laws) 타이틀 25)에서는 프로 권투 선수를 다음과 같이 정의합니다. "생계 또는 금전적 소득을 얻기 위한 수단으로써 상금을 위해 경기하거나 복싱 실무를 지도 또는 지원하거나 이에 종사하는 사람..."(NY Uncon. § 8907)

## What is the fee and term for a Professional Boxer?
## 프로 권투 선수 신청 비용 및 유효기간은?

The application fee for a Professional Boxing license is $10.00 and is valid until September 30th of the year which the license is granted.
The application fee for a Professional Boxing permit is $20.00 and is only valid for one contest.
프로 권투 선수 면허 신청비는 $10.00이며, 면허가 교부된 연도의 9월 30일까지 유효합니다.
프로 권투 선수 허가증(permit) 신청비는 $20.00이며 대회 1회에 한해 유효합니다.

## When can I apply for a license?
## 면허 신청 시기는?

In order to be granted a license you must first be scheduled to appear on a professional boxing card and pass rigorous medical exams, accordingly, you should not submit this application until you have been conditionally approved to box by the Commission.

면허를 발급받기 위해서는 우선 프로 권투 대진표에 이름이 등록될 예정이어야 하며, 신체검사를 통과해야 합니다. 따라서, 체육 위원회에서 조건부로 권투 활동을 허가하기 전에는 신청서를 제출해서는 안 됩니다.

## Child Support Statement section of the application
## 신청서 상의 자녀 양육비 진술 섹션

The Child Support Statement is mandatory in New York State (General Obligations Law) regardless of whether or not you have children or any support obligation.
자녀 양육비 진술서(Child Support Statement)는 자녀 또는 양육 의무의 여부와 상관없이 뉴욕 주(일반의무법(General Obligations Law))에 따른 의무 사항입니다.

**Any person who is four months or more in arrears in child support may be subject to having his or her business, professional and driver's licenses suspended.**
**자녀 양육비 지급이 4개월 또는 그 이상 연체된 사람은 사업자 등록증, 전문 면허, 운전면허증이 정지될 수 있습니다.**

The intentional submission of a false written statement for the purpose of frustrating or defeating the lawful enforcement of support obligations is punishable under §175.35 of the Penal Law. It is a Class E felony to offer a false instrument for filing with a state or local government with the intent to defraud.
합법적인 부양 의무 집행을 무산 또는 방해할 목적으로 거짓된 서면 진술서를 의도적으로 제출하는 것은 형법(Penal Law) §175.35에 따라 처벌 대상이 될 수 있습니다. 이는 고의로 거짓 문서를 주정부 또는 지역 정부에 제출하는 E 급 중범죄에 해당합니다.

## PRIVACY NOTIFICATION
## 개인 정보 보호 알림

## Do I need to provide my Social Security number on the application?
## 신청서에 소셜 시큐리티 번호를 기재해야 합니까?

Yes. The State Athletic Commission is required to collect

the Social Security numbers of all licensees. The authority to request and maintain such personal information is found in §5 of the Tax Law and §3-503 of the General Obligations Law. Disclosure by you is mandatory. The information is collected to enable the Department of Taxation and Finance to identify individuals, businesses and others who have been delinquent in filing tax returns or may have underestimated their tax liabilities and to generally identify persons affected by the taxes administered by the Commissioner of Taxation and Finance. It will be used for tax administration purposes and any other purpose authorized by the Tax Law and may also be used by child support enforcement agencies or their authorized representatives of this or other states established pursuant to Title IV-D of the Social Security Act, to establish, modify or enforce an order of support, but will not be available to the public. A written explanation is required where no number is provided. The authority to request this information is also provided by 19 NYCRR § 207.7(a)(1). This information will be maintained in the Licensing Information System by the Commission, at 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

네, 그렇습니다. 뉴욕 주 체육 위원회(State Athletic Commission)는 모든 면허 소지자의 소셜 시큐리티 번호를 수집해야 할 의무가 있습니다. 소셜 시큐리티 번호를 요청하고 보관할 수 있는 권리는 세법(Tax Law) §5 및 일반 의무법(General Obligations Law) §3-503에 명시되어 있습니다. 신청자는 의무적으로 소셜 시큐리티 번호를 기재해야 합니다. 조세 및 재무국(Department of Taxation and Finance)에서는 수집된 소셜 시큐리티 번호를 이용해 소득 신고를 하지 않았거나 조세 채무가 과소평가된 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) 타이틀 IV-D에 따라 설립된 다른 주의 자녀 양육비 집행 기관 공식 대리자가 양육비를 설정, 변경, 집행할 목적으로 이용될 수도 있지만 일반 대중에게는 이용이 허가되지 않습니다. 소셜 시큐리티 번호를 제공하지 않을 시에는 그에 대한 사유서를 서면으로 제출해야 합니다. 소셜 시큐리티 번호를 요청할 수 있는 권한은 19 NYCRR § 207.7(a)(1)에 의거합니다. 수집된 소셜 시큐리티 번호는 체육 위원회(123 William Street, New York, NY 10038-3804)의 면허 정보 시스템에 보관됩니다.

## Do I need to be fingerprinted to be a licensed boxer?

## 면허를 발급받으려면 지문 채취에 동의해야 합니까?

Yes, to be a licensed professional boxer you must be fingerprinted (NY Unconsolidated Laws § 8911). Your application cannot be approved until your fingerprint results have been returned to the Commission.

네, 그렇습니다. 면허를 발급받은 프로 권투 선수가 되려면 반드시 지문을 채취해야 합니다(뉴욕 비통합법 § 8911). 채취된 지문 결과가 체육 위원회로 통보되기 전에는 신청서가 승인되지 않습니다.

**PLEASE TAKE NOTICE THAT SUBMITTING THIS APPLICATION DOES NOT GUARANTEE YOU WILL BE AUTHORIZED TO ENGAGE IN A PROFESSIONAL BOXING CONTEST.**

**이 신청서를 제출함으로 인해 프로 권투 시합에 참여할 수 있는 권한을 부여받는 것은 아니라는 점을 유념하십시오.**

**PLEASE DO NOT RETURN THIS COVER PAGE WITH YOUR APPLICATION. - THANK YOU -**

**신청서를 보내실 때는 이 표지를 제외한 나머지 부분만 반송해 주십시오. -감사합니다-**

뉴욕주
국무부(Department of State)
체육 위원회(State Athletic Commission)
123 William Street
New York, NY 10038-3804
전화: (212) 417-5700
www.dos.ny.gov/athletic

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY.

# New York State Athletic Commission

## APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE
## 프로 권투 선수 면허 신청서

PART A
PART A

**Read the instructions before completing this application.**
지침 내용을 꼼꼼하게 읽은 다음 신청서를 작성하십시오.
**You must answer each question and PRINT responses in ink.**
모든 빈칸에 볼펜을 이용해 정자체로 기재하십시오.

| **APPLICANT'S NAME** 신청자 이름 | LAST 성 | FIRST 이름 | MI 중간이름 | SUFFIX 호칭 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**APPLICANT'S HOME ADDRESS** — NUMBER AND STREET (P.O. BOX MAY BE ADDED TO ENSURE DELIVERY)
**신청자 자택 주소** — 번지 및 도로명 (P.O. Box를 기재하실 수도 있습니다.)

| CITY STATE 도시 | ZIP + 4 주 우편번호 +4 |
|---|---|
| | |

| COUNTY 카운티 | COUNTRY 국가 |
|---|---|
| | |

| SOCIAL SECURITY NUMBER (See Privacy Notification) 소셜 시큐리티 번호(개인 정보 보호 알림 참조) | DATE OF BIRTH (month, day, year) 생년월일(월/일/연도) | DAYTIME PHONE (REQUIRED; if problem with application) 주간 연락처 번호(필수 사항, 신청서에 문제가 있을 경우 연락) |
|---|---|---|
| | | |

E-MAIL ADDRESS (REQUIRED)
이메일 주소(필수 사항)

**Background Information** — *You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.*
**기본 정보** — *이 섹션을 빠짐없이 기재하십시오. 누락된 부분이 있을 경우, 신청서는 반송됩니다.*

1) Have you ever been issued either a New York State Professional Boxing License or Permit?
뉴욕 주 프로 권투 선수 면허 또는 허가증을 발급받은 적이 있습니까?
**Yes** ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** check appropriate box: ☐ License ☐ Permit
예 아니요 ➔**"예"라고 답한 경우** 해당되는 박스에 체크 표시 하십시오. 면허 허가증

2) Have you ever been convicted in this state or elsewhere of **any** criminal offense that is a misdemeanor or felony?
뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 중범죄 또는 경범죄에 해당하는 **특정** 범죄 행위에 대해 유죄를 선고받은 적이 있습니까?
**Yes** ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** provide an explanation.
예 아니요 ➔**"예"라고 답한 경우** 자세한 설명을 기재하십시오.

3) Are there any criminal charges (misdemeanors or felonies) pending against you in any court in this state or elsewhere?
뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 본인에게 해당하는 미결 상태인 기타 다른 범죄 혐의(중범죄 또는 경범죄)가 있습니까?
**Yes** ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** provide an explanation.
예 아니요 ➔**"예"라고 답한 경우** 자세한 설명을 기재하십시오.

4) Has **any** (not limited to boxing) license or permit issued to you or a company in which you are or were a principal in New York State or elsewhere ever been revoked, suspended or denied?
뉴욕 주 또는 기타 지역에서 본인 또는 본인이 책임자인 회사에 발급된 면허 또는 허가증(권투에 제한되지 않음)이 취소, 정지, 거부된 적이 있습니까?
**Yes** ☐ **No** ☐ **➔IF "YES,"** provide an explanation.
예 아니요 ➔**"예"라고 답한 경우** 자세한 설명을 기재하십시오.

# APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE
프로 권투 선수 면허 신청서

## Child Support Statement
자녀 양육비 진술서

**By signing this application,** I certify that as of the date of this application, I am not under an obligation to pay child support **OR** if I am under an obligation to pay child support, I am not four or more months in arrears in the payment of child support, or I am making payments by income execution or by court agreed payment or repayment plan or by plan agreed to by the parties or my child support obligation is the subject of a pending court proceeding, or I am receiving public assistance or supplemental security income.

**이 신청서에 서명함으로써**, 본인은 신청서 일자를 기준으로 자녀 양육비 지급 의무가 없다는 사실 **또는** 자녀 양육비 지급 의무가 있다면, 자녀 양육비 지급이 4개월 또는 그 이상 연체되지 않았거나, 소득 차압 또는 법원 동의 지급/재지급 계획이나 관련자가 동의한 계획에 따라 양육비를 지급하고 있거나, 자녀 양육비 지급 의무가 법적 절차에 따라 계류 중에 있거나, 본인이 공공 지원 또는 보충 보장 소득(SSI) 수령자라는 사실을 확인합니다.

## Professional Boxing Information
프로 권투 정보

*You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.*
*이 섹션을 빠짐없이 기재하십시오. 누락된 부분이 있을 경우, 신청서는 반송됩니다.*

1. Normal boxing weight: .....
   평균 권투 체급:
2. Height: .....
   신장:
3. Ring name (if applicable): .....
   링네임(해당 되는 경우):
4. Distinguishing marks: …….....
   신체적 특징:
5. Have you ever been disqualified in any contest or disciplined by the State Athletic Commission of New York or by any other Athletic Commission for any cause whatsoever?
   권투 시합 출전 자격이 박탈되거나 뉴욕 주 체육 위원회 또는 기타 체육 위원회를 통해 어떠한 사유로든 징계를 받은 적이 있습니까?
   **Yes** ☐ **No** ☐ ➔**IF "YES,"** (If yes on a separate sheet of paper please provide a detailed explanation).
   **예** **아니요** ➔**"예"라고 답한 경우**(다른 종이에 자세한 설명을 기재하십시오).
6. At what gym are you currently training? (provide name, address and phone number of gym):
   .....
   현재 훈련을 받고 있는 체육관은? (체육관 이름, 주소 및 전화번호를 기재하십시오):
7. Manager's name (if applicable): …….....
   매니저 이름(해당 되는 경우):
8. Manager's address and telephone: …….....
   매니저 주소 및 전화번호:
9. Name of trainer (if applicable): ……...
   트레이너 이름(해당 되는 경우):
10. Name of Promoter (if applicable): ……..….
    후원자 이름(해당 되는 경우):

**Applicant Affirmation** - I subscribe and affirm under the penalties of perjury that the statements made in this application (including statements made in any accompanying papers) have been examined by me, and to the best of my knowledge and belief, are true and correct. I understand that any misstatement made on this application for approval could result in disciplinary action, including but not limited to: suspension, revocation and/ or fines.

**신청자 진술** - 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본인은 이 신청서에 작성된 진술(추가 페이지에 기재한 내용 포함)을 검토했으며, 본인이 아는 한도 내에서 진실이며 정확하다는 점을 증명합니다. 본인은 본 승인 신청서에 허위로 기재된 내용이 있을 경우 정지 및/또는 취소, 벌금 등에 국한되지 않는 처벌 조치가 이루어질 수 있다는 점을 이해합니다.

**"HEALTH AND SAFETY DISCLOSURE"**
**"건강 및 안전 사항 공개서"**

**As per the Muhammad Ali Boxing Reform Act (15 USC § 6305[c] [2000]), it is the sense of Congress that each boxing commission should present to every professional boxer a health and safety disclosure upon issuance of a Federal Identification Card. In addition to such disclosure, the New York State Athletic Commission believes that it is in the best interest of boxing to include a health and safety disclosure with every professional boxer license application filed in the State of New York.**

무하마드 알리 권투 개혁법(**Muhammad Ali Boxing Reform Act) (15 USC § 6305[c] [2000]**)에 의거하여 의회는 각 권투 위원회가 모든 프로 권투 선수에게 연방 신분증(**Federal Identification Card**)을 발급할 시 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.

**As a professional boxer you should be aware that this sport includes many health and safety risks, including but not limited to the risk of brain injury. Therefore, is it strongly recommended that every professional boxer periodically undergo the necessary medical exams and procedures that detect brain injury. In connection with this license application, certain specific medical exams and procedures intended to detect brain injury and other medical conditions contraindicated for professional boxing may be required by the State Athletic Commission. If you need further information about these exams, please contact the New York State Athletic Commission.**

프로 권투 선수는 권투에 뇌 손상 등과 같은 다양한 건강 및 안전 상의 위험이 따른다는 점을 인식하고 있어야 합니다. 따라서, 모든 프로 권투 선수들이 정기적으로 필수 의료 검사 및 처지를 통해 뇌 손상 여부를 검사할 것을 강력히 권장하고 있습니다. 면허 신청과 관련하여, 뉴욕 주 체육 위원회에서는 뇌 손상 여부와 프로 권투에서 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.

**I affirm that I understand the above statement.**
본인은 위 내용을 이해했습니다.

**X** _____ _____

*Boxer's Signature* *Date:*
*권투 선수 서명* *날짜:*

## FOR COMMISSION USE ONLY:
## 위원회 전용란:

License Number: _____
면허 번호:

New York State Athletic Commission

PART B
PART B

## Boxer Medical Releases and Disclosure Sections-
## 권투 선수 의료 정보 제출 및 공개 섹션-

**(Information provided in Part B will be maintained in each boxer's medical file)**
**(Part B**에 기재되는 정보는 각 권투선수의 의료 파일에 보관됩니다.**)**

## NEW YORK STATE ATHLETIC COMMISSION
## DRUG ABUSE AND STEROID POLICY
## 뉴욕 주 체육 위원회 약물 남용 및 스테로이드 규정

**I. The New York State Athletic Commission (NYSAC) requires that every boxer, as part of his/her medical examination, submit to drug and/or steroid screening in a manner directed by the NYSAC. In addition, NYSAC reserves the right to direct any licensed Boxer to submit to drug and/or steroid screening at any time during the period of licensure without prior notice to the Boxer, in accordance with NY Unconsolidated Laws § 8925[3].**
뉴욕 주 체육 위원회**(NYSAC)**에서는 모든 권투 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 권투 선수에게 면허 기간 동안 사전 통보 없이 약물 및/또는 스테로이드 검사서 제출을 지시할 권리를 보유하고 있습니다.

**II. Use of controlled substances, as defined by the New York Penal Law and Public Health Law, are forbidden and may lead disciplinary action, including but not limited to: suspension, revocation, forfeiture of purse, modification of a boxing result and/or fines. Such penalties may be imposed upon any licensee or permit holder responsible for the abuse of such drugs and/or illicit substances as determined by NYSAC.**
뉴욕 형법**(New York Penal Law)** 및 공공 보건법**(Public Health Law)**에서 정의하는 바와 같이 규제 약물 사용은 금지되어 있으며, 이를 어길 시에는 다음에 해당하며 이에 국한 되지 않는 처벌 조치가 따를 수 있습니다. 정지, 취소, 상금 압수, 권투 시합 결과 변경 및/또는 벌금. 해당 처벌은 **NYSAC**의 결정대로 규제 약물 및/또는 불법 물질을 사용한 책임이 있는 면허 또는 허가증 수령자에게 부과될 수 있습니다.

**III. If any prohibited drugs and/or substances are detected such boxer may be precluded from boxing within the State and have the results of any such previous bout modified to a "no contest."**
금지된 약물 및/또는 물질이 검출되면, 해당 권투 선수는 뉴욕 주 내에서 권투를 할 수 없으며 이전 선수권 시합의 결과가 **"**무효**(No contest)"**화 됩니다.

**IV. In addition to any administrative penalties, any boxer testing positive for a violation of NYSAC's drug abuse and steroid policy shall be suspended medically and may not compete in this State or elsewhere until the boxer has been medically cleared by NYSAC's medical staff.**
행정적 처벌과 더불어, **NYSAC** 약물 남용 및 스테로이드 규정을 위반한 것으로 확인된 선수는 의료적으로 정지 처분을 받으며, **NYSAC** 의료 직원이 의료적으로 허가하기 전까지는 뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 시합에 참가할 수 없습니다.

**V. The boxer acknowledges and understands that NYSAC will vigorously enforce and seek appropriate sanctions for any violations of this policy.**
본 선수는 **NYSAC**에서 해당 규정에 대한 위반 사항에 대해서 강력한 조치를 취할 것이며, 적절한 제재를 부과할 것이라는 점을 이해합니다.

**Boxer Affirmation – By my signature below I hereby subscribe and affirm under the penalties of perjury that**

**I have reviewed the foregoing policy on prohibited drugs and/or illicit substances, that I agree to the terms described therein and that I am not currently using or otherwise under the influence of any prohibited drugs and/or illicit substances.**
선수 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.

**Boxer Name: _____**
권투 선수 이름:

**Boxer Signature: _____**
권투 선수 서명:

**Date: _____**
날짜:

-This section intentionally left blank-
-이 섹션은 공백입니다-

New York State Athletic Commission

# MEDICAL INFORMATION RELEASE

의료 정보 공개

## AUTHORIZATION TO DISTRIBUTE MEDICAL INFORMATION TO ALL MEMBER COMMISSIONS AFFILIATED WITH THE ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS (ABC)

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

**I, hereby authorize the New York State Athletic Commission to release, disclose and furnish to any other commission or program affiliated with the Association of Boxing Commissions (ABC), including its official record keeper, any and all of my medical records obtained by the New York State Athletic Commission concerning my licensure as a boxer including, but not limited to, annual physical examinations, ophthalmological examinations, neurological examinations, negative tests for the HIV virus, Hepatitis B virus, and Hepatitis C virus, drug testing, hospital records, and any other information regarding conditions related to the propriety of my licensure as a boxer (including history, findings, diagnosis and prognosis).**

본인은 이로써 뉴욕 주 체육 위원회에서 공식 기록부, 본인의 권투 선수 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 권투 선수 면허 소지와 관련된 기타 모든 정보를 권투위원회 협회(ABC)와 관련된 기타 다른 위원회 또는 프로그램에 제출, 공개, 비치할 수 있는 권한을 허가합니다.

**I understand, and it is agreed, that the signing of this Medical Information Release is optional, and that my declining to sign this document will not result in any adverse action being taken against me by the New York State Athletic Commission or any of the member commissions affiliated with the ABC.**

본인은 의료 정보 공개서에 서명하는 것은 선택 사항이며, 이를 거부함으로 인해 뉴욕 주 체육위원회 또는 ABC와 관련된 기타 회원 위원회에서 본인에 대한 악의적인 조치를 취하지 않을 것임을 의해하며 이에 동의합니다.

**I understand, and it is agreed, that the medical records described herein will not be released for any purpose other than for the purpose of a member commission affiliated with the ABC determining my eligibility to participate in a boxing.**

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

**I understand, and it is agreed, that this authorization shall remain in effect for a period of one year from the date it is signed, and is relevant to all medical records described herein whether such records were created prior to, or subsequent to, the date the authorization is signed.**

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

| | |
|---|---|
| **PRINTED NAME OF BOXER**<br>권투 선수 이름(정자체) | **BOXER'S FEDERAL I.D. #**<br>권투 선수 연방 신분증 # |
| **SIGNATURE OF BOXER**<br>권투 선수 서명 | **DATE SIGNED**<br>서명 일자 |

-This section intentionally left blank-

-이 섹션은 공백입니다-

New York State Athletic Commission

# AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

## HIPAA에 따른 의료 정보 공개 허가서

| Patient Name<br>환자 이름 | Date of Birth<br>생년월일 | Social Security Number<br>소셜 시큐리티 번호 |
|---|---|---|
| Patient Address<br>환자 주소 | | Patient Telephone Number<br>환자 전화번호 |

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form:
In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:
본인 또는 본인의 법정 대리인은 본인의 관리 및 치료와 관련된 의료 정보를 이 양식에 설명되어 있는 대로 공개할 것을 요청합니다.
뉴욕 주 법 및 1996년 건강 보험 양도 책임 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 개인 정보 보호 규정에 따라, 본인은 다음 내용을 이해합니다.

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT,** except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.

   본인이 9(a)항에 해당하는 칸에 본인의 이니셜을 기재할 경우에만 해당 권한에 심리치료 진료서를 제외한 **알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료**와 관련된 정보 및 **기밀 HIV* 관련 정보** 공개를 포함됩니다. 이러한 종류의 의료 정보가 아래에 기재되어 있는 의료 정보에 포함될 경우, 본인은 9(a)항에 해당하는 상자에 이니셜을 기재하고 8항에 표시된 개인에게 해당 의료 정보를 공개하는 것을 허용합니다.

2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that 1 have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (718) 741-8400 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.

   본인이 HIV 관련, 알코올 및 약물 치료, 의료 치료 정보를 공개하는 것을 허용하면, 해당 정보를 수령하는 사람은 연방법 또는 주법에서 허용하지 않는 한 본인의 허가 없이 해당 정보를 공개할 수 없습니다. 본인은 본인에게 허가 없이 본인의 HIV 관련 정보를 수령하고 이용할 수 있는 사람의 명단을 요청할 수 있는 권리를 보유하고 있다는 점을 알고 있습니다. 본인이 HIV 관련 정보를 제출 또는 공개함으로 인한 차별을 경험하면 뉴욕 주 인권부(New York State Division of Human Rights)에 (718) 741-8400번으로 또는 뉴욕 시 인권 위원회(New York City Commission of Human Rights)에 (212) 306-7450번으로 연락할 수 있습니다. 해당 기관은 본인의 권리를 보호해야 할 책임이 있습니다.

3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.

   본인은 아래 나와 있는 의료 제공자에게 서면으로 요청해 언제라도 해당 허가를 취소할 수 있는 권리가 있습니다. 본인은 본 허가를 근거로 이미 취해진 조치를 제외하고 해당 허가를 취소할 수 있다는 점을 이해합니다.

4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.

   본인은 이 허가서에 자발적으로 서명했습니다. 본인의 치료, 지급 내용, 건강 보험 가입 여부, 혜택 수령 자격 등은 해당 의료 정보 공개 허가와 무관합니다.

5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.

   이 허가서에 따라서 공개된 정보는 정보 수령자에 의해서 재공개될 수 있으며(단, 2항에 기재된 경우 제외) 재공개될 경우 해당 사항은 연방법 또는 주법에 따른 보호 대상이 될 수 없습니다.

6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

   **본 허가서는 귀하가 본인의 의료 정보 또는 의료 치료를 9(b)항에 명시되어 있는 정부 기관 또는 변호인을 제외한 나머지 사람에게 공개할 수 있는 권한을 허용하지 않습니다.**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:
의료 정보를 공개하는 의료 제공자 또는 기관의 이름과 주소:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:
의료 정보를 수령할 사람(들) 또는 유형에 대한 이름 및 주소:

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

9(a). Specific information to be released:
공개할 특정 의료 정보:

☐ Medical Record from (insert date) _____ to (insert date)_____
의료 기록 공개 기간(날짜 기재) (날짜 기재)

☑ Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.
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.

❑ Other:_____
기타:
_____

Include: (Indicate by Initialing)
포함 내용: (이니셜 기재해 표시)

_____ **Alcohol/Drug Treatment**
**알코올/약물 치료**

_____ **Mental Health Information**
**정신 건강 정보**

_____ **HIV-Related Information**
**HIV 관련 정보**

**Authorization to Discuss Health Information**
**의료 정보 관련 논의 허가**

(b) ☑ By initialing here _____ I authorize _____
여기에 이니셜 표시 본인은

Initials
이니셜

Name of individual health care provider
개별 의료 제공자의 이름

to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:
(이)가 본인의 의료 정보에 대해 여기에 기재된 정부 기관 또는 본인의 변호인과 논의하는 것을 허가합니다.

**New York State Athletic Commission**
(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)
(변호인/법률 사무소 이름 또는 정부 기관명)

10. Reason for release of information:
정보 공개 사유:
☑ At request of individual
개인의 요청 시
❑ Other:
기타:

11. Date or event on which this authorization will expire:
이 허가가 종료되는 날짜 또는 사건:

**One year from this date**
**이 일자로부터 1년 후**

12. If not the patient, name of person signing form:
양식 서명자의 이름(환자가 아닌 경우):
**N/A**

13. Authority to sign on behalf of patient:
환자를 대리해 서명할 권한:
**N/A**

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered in addition, I have been provided a copy of the form.
이 양식에 있는 모든 항목을 기재했고 이와 관련된 본인의 질문에 대한 답을 들었으며, 이 양식에 사본을 제공받았습니다.

_____
(Signature of patient or representative authorized by law)
(환자 또는 법적 대리인의 서명)

Date: _____
날짜:

*** Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**
*** 인체 면역 결핍 바이러스(HIV virus)는 AIDS의 원인입니다. 뉴욕 주 공공 보건 법에서는 HIV 증상을 보이거나 감염된 사람의 신원을 적절히 확인할 수 있는 정보 또는 해당인의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.**