



## APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БОКСЕРСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ

*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.*

***Внимательно прочитайте** указания, перед тем как заполнить форму заявления. Не полностью оформленные заявления будут возвращены, и, следовательно, процесс получения лицензии займет больше времени. Любое упущение, любая неточность или неполное раскрытие информации в заявлении или обосновывающих документах может быть признано достаточным основанием для отказа в лицензии, а если лицензия уже выдана, — может привести к приостановке ее действия или отзыву.*

### What is a Professional Boxer?

#### Кто является профессиональным боксером?

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)

Законодательство штата Нью-Йорк (раздел 25 Неконсолидированного законодательства) определяет профессионального боксера как: «лицо, которое участвует в соревнованиях, предполагающих денежный приз, является преподавателем бокса, занимается боксом или способствует занятиям боксом, для которого эти занятия являются источником средств существования или получения материальной выгоды...». (Неконсолидированное законодательство штата Нью-Йорк, § 8907)

### What is the fee and term for a Professional Boxer?

#### Какая плата взимается с профессиональных боксеров и на какой срок?

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.

Плата за подачу заявления на получение профессиональной боксерской лицензии составляет \$10.00 и действует до 30 сентября года, в котором предоставлена лицензия.

Плата за подачу заявления на разрешение заниматься профессиональным боксом составляет \$20.00 и дает право на участие только в одном соревновании.

### When can I apply for a license?

#### Когда можно подать заявление на получение лицензии?

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.

Для того чтобы получить лицензию, вам необходимо вначале записаться на участие в профессиональном боксерском состязании и пройти строгие медицинские осмотры; соответственно, вам не следует подавать данное заявление до тех пор, пока вы не получите условное одобрение Комиссии на занятия боксом.

### Child Support Statement section of the application

#### Раздел заявления на получение лицензии Заявление об алиментах на содержание ребенка

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.

Заявление об алиментах на содержание ребенка является обязательным в штате Нью-Йорк (Закон «Об общих обязательствах») независимо от того, есть ли у вас дети или обязательства по уплате алиментов.

**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.**

К любому лицу, имеющему задолженность по уплате алиментов на содержание ребенка в течение четырех месяцев или более, могут быть применены санкции в виде приостановки действия его лицензии на ведение коммерческой деятельности, профессиональной лицензии или водительского удостоверения.

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.

Умышленное представление ложного письменного заявления с целью воспрепятствовать или не допустить законное исполнение обязательств по уплате алиментов наказуемо в соответствии с §175.35 Уголовного кодекса. Подача ложного заявления в орган власти штата или местного уровня в мошеннических целях считается фелонией (тяжким правонарушением) класса E.

## **PRIVACY NOTIFICATION**

### **УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

#### **Do I need to provide my Social Security number on the application?**

##### **Необходимо ли указывать в заявлении свой номер социального обеспечения?**

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.

Да. Комиссия штата по делам спорта обязана собирать номера социального обеспечения всех лиц, получающих лицензию. Право требовать и хранить такую персональную информацию предусмотрено в §5 Налогового кодекса и §3-503 Закона «Об общих обязанностях». Вы обязаны предоставить эту информацию. Она собирается для того, чтобы Департамент налогообложения и финансов мог выявлять физических лиц, предприятия и другие лица, которые совершили правонарушение при подаче налоговой декларации или могли занижить свои налоговые обязательства, и в целом выявлять лиц,

на которых распространяются обязательства по уплате налогов в ведении Уполномоченного по налогам и финансам. Информация используется в целях налогового администрирования и в любых других целях, разрешенных Налоговым кодексом, а также может использоваться агентствами по взысканию алиментов (или их уполномоченными представителями) этого или других штатов, учрежденными в соответствии со статьей IV-D Закона «О социальном обеспечении», для оформления, изменения или выполнения постановления о взыскании алиментов, причем эта информация не становится общедоступной. Если номер не указан, требуется письменное объяснение. Право требовать данную информацию также предусмотрено частью 19 Свода нормативных актов штата Нью-Йорк (NYCRR) § 207.7(a)(1). Данная информация хранится Комиссией в Системе информации о лицензировании по адресу: 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

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

##### **Необходимо ли пройти процедуру дактилоскопии для получения боксерской лицензии?**

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.

Да. Для того чтобы стать лицензированным профессиональным боксером, вы должны пройти процедуру дактилоскопии (Неконсолидированное законодательство штата Нью-Йорк, § 8911). Ваше заявление не может быть одобрено до тех пор, пока результаты вашей дактилоскопии не будут возвращены в Комиссию.

**PLEASE TAKE NOTICE THAT SUBMITTING THIS APPLICATION DOES NOT GUARANTEE YOU WILL BE AUTHORIZED TO ENGAGE IN A PROFESSIONAL BOXING CONTEST. ПРОСИМ ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НЕ ГАРАНТИРУЕТ, ЧТО ВАМ БУДЕТ ВЫДАНО РАЗРЕШЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ БОКСЕРСКОМ СОРЕВНОВАНИИ.**

**PLEASE DO NOT RETURN THIS COVER PAGE WITH YOUR APPLICATION. - THANK YOU - ЭТУ ЛИЦЕВУЮ СТРАНИЦУ НЕ СЛЕДУЕТ ВОЗВРАЩАТЬ ВМЕСТЕ С ЗАЯВЛЕНИЕМ. - СПАСИБО -**



# New York State Athletic Commission

Штат Нью-Йорк  
Жилищно-коммунальная администрация  
Государственный департамент  
Спортивная комиссия штата  
123 William Street  
New York, NY 10038-3804  
Телефон: (212) 417-5700  
www.dos.ny.gov/athletic

## APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БОКСЕРСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ

#### PART A ЧАСТЬ А

Read the instructions before completing this application.

Внимательно прочитайте указания, перед тем как заполнить форму заявления.

You must answer each question and PRINT responses in ink.

Вы должны ответить на все вопросы и записать свои ответы  
ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, используя ручку с чернилами.

APPLICANT'S NAME ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	LAST ФАМИЛИЯ	FIRST ИМЯ	MI СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	SUFFIX ДОБАВЛЕНИЕ К ИМЕНИ
APPLICANT'S HOME ADDRESS — NUMBER AND STREET (P.O. BOX MAY BE ADDED TO ENSURE DELIVERY) ДОМАШНИЙ АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ — НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ (МОЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО УКАЗАТЬ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ДЛЯ ГАРАНТИРОВАННОЙ ДОСТАВКИ)				
CITY ГОРОД	STATE ШТАТ		ZIP + 4 ИНДЕКС + 4	
COUNTY ОКРУГ	COUNTRY СТРАНА			
SOCIAL SECURITY NUMBER (See Privacy Notification) НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (см. Уведомление конфиденциальности)	DATE OF BIRTH (month, day, year) ДАТА РОЖДЕНИЯ (месяц, день, год)	DAYTIME PHONE (REQUIRED; if problem with application) НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СВЯЗИ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО; о на случай возникновения проблемы с заявлением)		
E-MAIL ADDRESS (REQUIRED) ЭЛ. ПОЧТА (ОБЯЗАТЕЛЬНО)				

**Background Information** — You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.

**Исходная информация** — Необходимо заполнить этот раздел. Если вы не заполните его, ваше заявление будет возвращено.

- 1) Have you ever been issued either a New York State Professional Boxing License or Permit?  
Получали ли вы когда-либо профессиональную боксерскую лицензию или разрешение заниматься профессиональным боксом в штате Нью-Йорк?  
Yes  No  →IF “YES,” check appropriate box:  License  Permit  
Да Нет →ЕСЛИ «ДА», отметьте соответствующий пункт: Лицензия Разрешение
- 2) Have you ever been convicted in this state or elsewhere of any criminal offense that is a misdemeanor or felony?  
Были ли вы когда-либо осуждены в штате Нью-Йорк или за его пределами за любое уголовное правонарушение, которое является мисдиминором (правонарушением небольшой тяжести) или фелонией (тяжким правонарушением)?  
Yes  No  →IF “YES,” provide an explanation.  
Да Нет →ЕСЛИ «ДА», поясните.
- 3) Are there any criminal charges (misdemeanors or felonies) pending against you in any court in this state or elsewhere?  
Рассматриваются ли в настоящее время в каком-либо суде штата Нью-Йорк или за его пределами какие-либо обвинения против вас в совершении уголовного правонарушения (мисдиминора или фелонии)?  
Yes  No  →IF “YES,” provide an explanation.  
Да Нет →ЕСЛИ «ДА», поясните.
- 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?  
Были ли какие-либо лицензии или разрешения (не только в сфере бокса), выданные вам или компании, руководителем которой вы являетесь или являлись, когда-либо аннулированы, приостановлены или не предоставлены в штате Нью-Йорк или за его пределами?  
Yes  No  →IF “YES,” provide an explanation.  
Да Нет →ЕСЛИ «ДА», поясните.

# APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БОКСЕРСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ

## Child Support Statement

### Заявление об алиментах на содержание ребенка

**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.

**Подписывая настоящее заявление на получение лицензии,** я заявляю, что на дату его оформления я не имею обязанностей по уплате алиментов на содержание ребенка **ИЛИ**, если я имею обязанность по уплате алиментов, у меня нет задолженности по их уплате в течение четырех месяцев или более, либо я их выплачиваю в порядке обращения взыскания на доход, или по утвержденному судом плану выплат и погашения, или по плану, согласованному всеми сторонами, либо мое обязательство по уплате алиментов на содержание ребенка является предметом продолжающегося судебного разбирательства, либо я получаю государственное пособие или дополнительное социальное пособие.

## Professional Boxing Information

### Информация о профессиональной боксерской деятельности

*You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.*

*Этот раздел должен быть заполнен. Если вы не заполните его, ваша заявка будет возвращена.*

1. Normal boxing weight: .....  
Нормальный боксерский вес:
2. Height: .....  
Рост:
3. Ring name (if applicable): .....  
Имя, под которым вы выступаете на ринге (в соответствующем случае)
4. Distinguishing marks: .....  
Особые приметы:
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?  
Были ли вы когда-нибудь на любом основании дисквалифицированы в каком-либо соревновании или подвергнуты дисциплинарным санкциям Комиссией по делам спорта штата Нью-Йорк или любой другой Комиссией по делам спорта?  
**Yes**  **No**  **→IF “YES,”** (If yes on a separate sheet of paper please provide a detailed explanation).  
Да Нет **→ЕСЛИ «ДА»**, (Если «да», дайте, пожалуйста, подробные пояснения на отдельном листе бумаги).
6. At what gym are you currently training? (provide name, address and phone number of gym): .....  
В каком спортивном зале вы тренируетесь в настоящее время? (укажите название, адрес и телефон зала):
7. Manager’s name (if applicable): .....  
Фамилия менеджера (в соответствующем случае):
8. Manager’s address and telephone: .....  
Адрес и телефон менеджера:
9. Name of trainer (if applicable): .....  
Фамилия тренера (в соответствующем случае):
10. Name of Promoter (if applicable): .....  
Фамилия промоутера (в соответствующем случае):

**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.

**Подтверждение заявителя** - Я подтверждаю и заявляю с осознанием ответственности за лжесвидетельство, что заявления, содержащиеся в настоящем заявлении, (включая заявления в любых сопроводительных документах) были рассмотрены мною и, согласно моим знаниям и предположениям, являются точными и достоверными. Я понимаю, что любое ложное заявление, сделанное в настоящем заявлении, может послужить основанием для применения мер дисциплинарной ответственности, включая, в частности: приостановление, аннулирование лицензии и/или штрафы.

**“HEALTH AND SAFETY DISCLOSURE”**

**«РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТИ»**

**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.**

В соответствии с Законом «О реформе бокса Мохаммеда Али» (раздел 15 Свода законов США, § 6305[c] [2000]), намерение Конгресса состоит в том, чтобы каждая комиссия по боксу при выдаче федеральной идентификационной карты предоставляла каждому профессиональному боксеру форму раскрытия информации о здоровье и безопасности. В дополнение к такому раскрытию информации Комиссия по делам спорта штата Нью-Йорк полагает, что в интересах бокса целесообразно включать раздел о раскрытии информации о здоровье и безопасности в каждое заявление на получение профессиональной боксерской лицензии, подаваемое в штате Нью-Йорк.

**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, it is 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.**

Как профессиональному боксеру вам следует понимать, что этот спорт сопряжен с риском для здоровья и безопасности, включая, в частности, риск травмы головного мозга. Поэтому каждому профессиональному боксеру настоятельно рекомендуется периодически проходить необходимые медицинские осмотры и процедуры с целью выявления травмы мозга. В связи с настоящим заявлением на получение лицензии Комиссия по делам спорта может потребовать, чтобы вы прошли определенные медицинские осмотры и процедуры с целью выявления травмы мозга и других медицинских состояний, которые являются противопоказанием для занятий профессиональным боксом. Более подробную информацию об этих осмотрах вы можете получить в Комиссии по делам спорта штата Нью-Йорк.

**I affirm that I understand the above statement.**

Я подтверждаю, что понимаю приведенное выше заявление.

X \_\_\_\_\_

*Boxer's Signature*  
*Подпись боксера*

\_\_\_\_\_  
*Date:*  
*Дата:*

**FOR COMMISSION USE ONLY:  
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО КОМИССИЕЙ:**

License Number: \_\_\_\_\_  
Номер лицензии:



**PART B  
ЧАСТЬ В**

**Boxer Medical Releases and Disclosure Sections-**  
Разделы, связанные с предоставлением  
и раскрытием медицинской информации боксера-

(Information provided in Part B will be maintained in each boxer's medical file)  
(Информация, указанная в Части В, хранится в медицинской карте каждого боксера)

**NEW YORK STATE ATHLETIC COMMISSION  
DRUG ABUSE AND STEROID POLICY  
ПОЛИТИКА БОРЬБЫ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ И СТЕРОИДОВ  
КОМИССИИ ПО ДЕЛАМ СПОРТА ШТАТА НЬЮ-ЙОРК**

- 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].**  
Комиссия по делам спорта штата Нью-Йорк (New York State Athletic Commission, NYSAC) требует, чтобы каждый боксер в рамках своих медицинских осмотров проходил скрининг на употребление наркотиков и/или стероидов в порядке, установленном NYSAC. Кроме того, NYSAC оставляет за собой право направить любого лицензированного Боксера на скрининг по поводу употребления наркотиков и/или стероидов в любое время в течение срока действия лицензии без предварительного уведомления Боксера в соответствии с § 8925[3] Неконсолидированного законодательства штата Нью-Йорк.
- 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.**  
Употребление контролируемых веществ, как определено в Уголовном кодексе и Законе «О здравоохранении» штата Нью-Йорк, запрещено и может служить основанием для применения мер дисциплинарной ответственности, включая, в частности: приостановку, отмену, утрату права на приз, изменение результата боксерского поединка и/или штрафные санкции. Эти меры ответственности могут быть применены к любому обладателю лицензии или разрешения, ответственному за употребление наркотиков и/или незаконных веществ, согласно NYSAC.
- 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.”**  
Обнаружение каких-либо наркотиков и/или запрещенных веществ может послужить основанием для того, что боксер не будет допущен к выступлениям на территории штата, а результаты любого предыдущего поединка будут изменены на «не участвовал».
- 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.**  
В дополнение к любым мерам административной ответственности, любой боксер, результаты тестирования которого будут свидетельствовать о нарушении политики борьбы с употреблением наркотиков и стероидов NYSAC, отстраняется от выступлений по медицинским показаниям и не может выступать в штате Нью-Йорк или за его пределами до получения медицинского разрешения от медицинских специалистов NYSAC.

**V. The boxer acknowledges and understands that NYSAC will vigorously enforce and seek appropriate sanctions for any violations of this policy.**

Боксер признает и понимает, что за любые нарушения указанной политики NYSAC будет решительно применять соответствующие санкции и добиваться их применения.

**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.**

Подтверждение боксера – Своей подписью ниже, я настоящим соглашаюсь и подтверждаю с осознанием ответственности за лжесвидетельство, что я ознакомился с вышеизложенной политикой борьбы с употреблением наркотиков и/или запрещенных веществ, принимаю ее условия и в настоящее время не употребляю никаких наркотиков и/или запрещенных веществ.

**Boxer Name:** \_\_\_\_\_

Фамилия боксера:

**Boxer Signature:** \_\_\_\_\_

Подпись боксера:

**Date:** \_\_\_\_\_

Дата:

-This section intentionally left blank-  
- Этот раздел намеренно оставлен пустым -



**MEDICAL INFORMATION RELEASE**

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

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

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ВО ВСЕ КОМИССИИ,  
СВЯЗАННЫЕ С АССОЦИАЦИЕЙ БОКСЕРСКИХ КОМИССИЙ**

**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).**

Настоящим я разрешаю Комиссии по делам спорта штата Нью-Йорк передавать, раскрывать и предоставлять любой другой комиссии или программе, связанной с Ассоциацией боксерских комиссий (Association of Boxing Commissions, ABC), включая ее официального регистратора, любые и все мои медицинские документы, полученные Комиссией по делам спорта штата Нью-Йорк в связи с моей боксерской лицензией, в том числе, среди прочего, результаты ежегодных медицинских осмотров врачом общей практики, офтальмологом, неврологом, отрицательные результаты тестов на вирус ВИЧ, вирус гепатита В и вирус гепатита С и тестов на употребление наркотиков, больничную документацию и любую другую информацию, относящуюся к правомерности выдачи мне боксерской лицензии (включая историю болезни, заключения, диагноз и прогноз).

**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.**

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что подписание настоящего Разрешения на предоставление медицинской информации не является обязательным требованием и что мой отказ от его подписания не приведет к применению каких-либо неблагоприятных мер против меня со стороны Комиссии по делам спорта штата Нью-Йорк или любой из комиссий — членов ABC.

**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.**

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что медицинские документы, указанные в настоящем документе, не будут предоставлены ни для какой иной цели, кроме принятия комиссией — членом ABC решения о моем праве выступать в боксерских соревнованиях.

**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.**

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что настоящее разрешение действует в течение одного года с даты его подписания и относится ко всем указанным в нем медицинским документам независимо от того, были ли эти документы созданы до или после даты подписания разрешения.

\_\_\_\_\_  
**PRINTED NAME OF BOXER**  
ФАМИЛИЯ БОКСЕРА  
ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

\_\_\_\_\_  
**BOXER'S FEDERAL I.D. #**  
НОМЕР ФЕДЕРАЛЬНОГО  
УДОСТОВЕРЕНИЯ  
ЛИЧНОСТИ БОКСЕРА

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF BOXER**

\_\_\_\_\_  
**DATE SIGNED**

**ПОДПИСЬ БОКСЕРА**

**ДАТА ПОДПИСАНИЯ**

-This section intentionally left blank-  
- Этот раздел намеренно оставлен пустым -



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA**  
**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С**  
**ЗАКОНОМ «О ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ И ОТЧЕТНОСТИ В ОБЛАСТИ**  
**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» (HIPAA)**

Patient Name Фамилия пациента	Date of Birth Дата рождения	Social Security Number Номер социального обеспечения
Patient Address Адрес пациента	Patient Telephone Number Телефон пациента	

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: Я или мой уполномоченный представитель прошу, чтобы медицинская информация о моем медицинском обслуживании и лечении предоставлялась в порядке, предусмотренном в настоящей форме:

В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк и нормами конфиденциальности Закона «О преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения» 1996 г. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), я признаю, что:

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.

Данное разрешение может предусматривать раскрытие информации, относящейся к **ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ и ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**, за исключением сведений о психотерапевтической помощи, и **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ\*** только в том случае, если я поставлю свои инициалы в соответствующей строке п. 9(a). В случае если предусмотренная ниже медицинская информация включает в себя любой из этих видов информации и я поставлю свои инициалы на соответствующей строке п. 9(a), я определенно даю разрешение на предоставление такой информации лицам, указанным в п. 8.

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 I 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.

Если я разрешаю предоставление информации о ВИЧ-инфекции, лечении алкогольной или наркотической зависимости или лечения психических заболеваний, получателю запрещается дальнейшее раскрытие такой информации без моего разрешения, если это не разрешено по федеральному законодательству или законодательству штата. Мне известно, что у меня есть право затребовать список лиц, которые могут получить или использовать мою информацию о ВИЧ-инфекции без разрешения. Если я столкнусь с дискриминацией по причине предоставления или раскрытия информации о ВИЧ-инфекции, я могу обратиться в Отдел прав человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону (718) 741-8400 или в Комиссию города Нью-Йорка по правам человека (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 306-7450. Эти органы обеспечивают защиту моих прав.

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.

Я имею право аннулировать это разрешение в любое время, обратившись в письменном виде к указанному ниже поставщику медицинских услуг. Я понимаю, что не могу аннулировать настоящее разрешение в отношении действий, уже совершенных на его основании.

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.

Я понимаю, что подписание настоящего разрешения носит добровольный характер. Мое лечение, оплата, подписка на план медицинского страхования или право на получение услуг не зависят от того, даю ли я разрешение на раскрытие информации.

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.

Информация, раскрытая по настоящему разрешению, может быть далее раскрыта получателем (за исключением случаев, указанных выше в п. 2), и на это дальнейшее раскрытие уже не распространяется действие федерального законодательства или законодательства штата.

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).**

**НАСТОЯЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ДАЕТ ВАМ ПРАВА ОБСУЖДАТЬ МОЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ОКАЗЫВАЕМЫЕ МНЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ С КЕМ-ЛИБО, КРОМЕ АДВОКАТА ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОРГАНА, УКАЗАННОГО В П. 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:  
Название (фамилия) и адрес поставщика медицинских услуг или организации, которая раскрывает информацию:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:  
Название (фамилия) и адрес лица (лиц) или категории лиц, которым будет направлена информация:  
**New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038**

9(a). Specific information to be released:  
Вид предоставляемой информации:  
 Medical Record from (insert date) \_\_\_\_\_ to (insert date) \_\_\_\_\_.  
Сведения из медицинской карты за период с (указать дату) \_\_\_\_\_ по (указать дату) \_\_\_\_\_  
 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.  
Вся медицинская карта, включая историю болезни, служебные отметки (за исключением сведений о психотерапевтической помощи), результаты анализов, тестов и радиологических обследований, пленки, направления, консультации, документы о выставлении счетов, страховые документы и документы, направленные вам другими поставщиками медицинских услуг.  
 Other: \_\_\_\_\_ Include: (Indicate by Initialing)  
Другое: \_\_\_\_\_ Указать: (отметить инициалами)  
\_\_\_\_\_ **Alcohol/Drug Treatment**  
\_\_\_\_\_ **Лечение алкогольной/наркотической зависимости**  
\_\_\_\_\_ **Mental Health Information**  
\_\_\_\_\_ **Информация о психическом здоровье**  
\_\_\_\_\_ **HIV-Related Information**  
\_\_\_\_\_ **Информация о ВИЧ-инфекции**

**Authorization to Discuss Health Information**  
Разрешение на обсуждение медицинской информации

(b)  By initialing here \_\_\_\_\_ I authorize \_\_\_\_\_  
Своими инициалами здесь, \_\_\_\_\_ я разрешаю \_\_\_\_\_  
Initials \_\_\_\_\_ Name of individual health care provider  
Инициалы \_\_\_\_\_ Фамилия поставщика медицинских услуг  
to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:  
обсуждать мою медицинскую информацию с моим адвокатом или государственным органом, которые указаны ниже:  
**New York State Athletic Commission**  
(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)  
(фамилия адвоката/название фирмы или государственного органа)

10. Reason for release of information:  
Основание для предоставления информации:  
 At request of individual  
По требованию лица  
 Other:  
Другое:

11. Date or event on which this authorization will expire:  
Дата или событие, при наступлении которых действие настоящего разрешения прекращается:  
**One year from this date**  
**Один год с этой даты**

12. If not the patient, name of person signing form:  
Фамилия лица, подписывающего форму, если это не пациент:  
**N/A**

13. Authority to sign on behalf of patient:  
Право подписи за пациента:  
**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.  
Все пункты этой формы были заполнены, я получил ответы на все вопросы относительно формы и, кроме того, мне предоставили ее экземпляр.  
\_\_\_\_\_  
(Signature of patient or representative authorized by law)  
(Подпись пациента или представителя, уполномоченного по закону)  
Date: \_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_

\* **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.**  
\* **Вирус иммунодефицита человека, который вызывает СПИД. Закон штата Нью-Йорк «О здравоохранении» защищает информацию, на основании которой можно, в рамках разумного, идентифицировать кого-либо как человека, имеющего симптомы ВИЧ или зараженного ВИЧ, а также контактные данные этого человека.**