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

# ЗАЯВКА НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БОКСЕРА

***Внимательно прочтите** инструкции перед заполнением заявки. Не полностью заполненные заявки возвращаются на доработку, что приводит к задержке выдачи лицензии. Любой пропуск, неточность или неполное раскрытие информации в заявке или сопроводительной документации могут считаться достаточной причиной для отказа в выдаче лицензии, или, если лицензия уже выдана, могут привести к приостановлению действия или отзыву лицензии.*

## Кто должен заполнять эту форму?

Данную форму должны заполнять профессиональные боксеры, продлевающие действие своей лицензии, срок которой истекает или уже истек.

## Какие формы оплаты принимаются?

Вы можете осуществить оплату чеком или денежным переводом, указав получателем платежа “NYS Athletic Commission”. Плата в размере 20 долл. будет взыскиваться по любому чеку, возвращенному Вашим банком. **НЕ СЛЕДУЕТ ПОДАВАТЬ НАЛИЧНЫЕ ВМЕСТЕ С ЗАЯВКОЙ.** Плата за лицензию также может взиматься с Вашего кошелька при взвешивании.

## Когда я могу продлить срок действия лицензии?

Чтобы продлить действие лицензии, сначала Вас должны включить в список участников запланированного боксерского поединка, и Вы должны пройти тщательный медицинский осмотр, соответственно, Вам не следует подавать заявку до тех пор, пока Комиссия условно не утвердит Вас для участия в боксерском поединке.

## Необходимо ли мне заново сдать отпечатки пальцев?

Возможно. Если Вы в течение длительного периода времени не получали лицензию и/или не продлевали срок ее действия слишком много лет подряд, Вам может понадобиться сдать новые отпечатки пальцев. Комиссия сообщит, нужно ли Вам повторно сдавать отпечатки пальцев.

## В течение какого периода будет действительной моя продлеваемая лицензия?

Все выдаваемые Комиссией лицензии, включая продлеваемые, действительны до следующего 30 сентября после даты выдачи.

## У меня есть разные лицензии. Нужно ли мне заполнять эту форму для продления срока действия моих других лицензий?

Нет, Вам нужно подавать новую форму по каждому виду лицензии, срок действия которой Вы пытаетесь продлить. Также Вы должны отдельно заплатить за каждый вид лицензии.

## Раздел заявки, касающийся заявления о выплате алиментов на содержание детей (Child Support Statement)

Предоставление заявления о выплате алиментов на содержание детей является обязательным в штате Нью-Йорк (Закон об обязательствах общего характера), независимо от того, есть ли у Вас дети или какие-либо обязательства по выплате алиментов.

**Лицензия на ведение бизнеса, профессиональная лицензия и водительское удостоверение лица, у которого есть просроченная задолженность по выплате алиментов на содержание детей за четыре месяца или более, могут быть приостановлены.** Преднамеренная подача неправдивых письменных показаний с целью срыва или уклонения от правомерного обеспечения исполнения обязательств по выплате алиментов влечет за собой наказание в соответствии с §175.35 Уголовного кодекса. Представление поддельного документа государственному или местному органу власти с целью введения в заблуждение является уголовным преступлением класса E.

## УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

## Нужно ли мне указывать в заявке свой номер социального страхования?

Да. Спортивная комиссия штата обязана собирать номера социального страхования всех получателей лицензии. Полномочия на запрос и хранение таких персональных данных прописаны в §5 Закона о налогообложении и §3-503 Закона об обязательствах общего характера. Раскрытие такой информации Вами является обязательным. Данная информация собирается с целью предоставления Департаменту по налогам и финансам возможности идентификации физических лиц, предпринимателей и прочих лиц, которые не подали налоговые декларации или могли занизить свои налоговые обязательства, а также общей идентификации физических лиц, являющихся плательщиками налогов, администрируемых Комиссаром по налогообложению и финансам. Эта информация будет использоваться в целях управления налогообложением и в других целях, разрешенных Законом о налогообложении, и также может использоваться агентствами по взысканию алиментов на содержание детей или их уполномоченными представителями в этом или других штатах, основанными согласно разделу IV-D Закона о социальном обеспечении, для составления, изменения или принудительного исполнения постановления о выплате алиментов на содержание детей, при этом информация не будет доступна широкой общественности. В случае непредставления номера, письменное объяснение является обязательным. Данная информация будет храниться Комиссией в информационной системе по лицензированию по адресу 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

**ЭТОТ ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ НЕ НУЖНО ВОЗВРАЩАТЬ ВМЕСТЕ С ЗАЯВКОЙ. - СПАСИБО -**

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

# ЗАЯВКА НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БОКСЕРА

**Внимательно прочтите инструкции перед заполнением данной заявки.**
**Вы должны дать ответ на каждый вопрос и написать ответы ПЕЧАТНЫМИ буквами чернилами.**

| **ФАМИЛИЯ И ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ** ФАМИЛИЯ | ИМЯ | 2-й инициал | ДОБАВЛЕНИЕ К ИМЕНИ |
|---|---|---|---|
| | | | |

**ДОМАШНИЙ АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ** — НОМЕР ДОМА И УЛИЦА (ДЛЯ ГАРАНТИРОВАНИЯ ДОСТАВКИ МОЖНО ДОБАВИТЬ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)

| ГОРОД | ШТАТ | ИНДЕКС + 4 |
|---|---|---|
| | | |

| ОКРУГ | СТРАНА |
|---|---|
| | |

| НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (см. Уведомление о конфиденциальности) | ДАТА РОЖДЕНИЯ (месяц, день, год) ММ/ДД/ГГГГ | НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СВЯЗИ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО; на случай возникновения проблем с заявкой) |
|---|---|---|
| | | |

АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

**Справочная информация** — *Этот раздел обязателен для заполнения. Если он не будет заполнен, Ваша заявка будет возвращена.*

1. Со времени подачи Вами последней заявки, признавались ли Вы виновным в совершении преступления или правонарушения (за исключением малозначительного нарушения правил дорожного движения) в этом штате или в любом другом месте либо имели ли место отзыв, временное приостановление действия или отказ в отношении какой-либо лицензии, разрешения, патента, регистрации или заявления на получение лицензии, разрешения, патента или регистрации (не связанных исключительно с боксом), которые принадлежат или подавались Вами либо компанией, руководителем которой Вы являетесь или являлись в прошлом, со стороны какого-либо штата, территории или правительственной юрисдикции либо зарубежной страны по какой-либо причине? **Да** ☐ **Нет** ☐
   ➔**ЕСЛИ ДА,** (**Если да**, укажите подробности)

2. Выдвинуты ли против Вас какие-либо уголовные обвинения (в правонарушении или уголовном преступлении), не связанные исключительно с боксом, в каком-либо суде данного штата или в любом другом месте? Если да, Вам следует подать копию обвинительного документа (например, обвинительный акт, заявление об обвинении в преступлении или о возбуждении уголовного дела).
   **Да** ☐ **Нет** ☐
   ➔**ЕСЛИ ДА,** (**Если да**, укажите подробности)

**Информация о профессиональных занятиях боксом** — *Этот раздел обязателен для заполнения. Если он не будет заполнен, Ваша заявка будет возвращена.*

1. В каком спортивном зале Вы в настоящее время проводите тренировки? (укажите название, адрес и номер телефона спортивного зала):
   ……
   ……
7. Имя менеджера (при наличии): …….....
8. Адрес и телефон менеджера: …….....
9. Имя тренера (при наличии): ……...
10. Имя промоутера (при наличии): ……..….

продолжение на следующей странице

# ЗАЯВКА НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ БОКСЕРА

**Заявление о выплате алиментов на содержание детей —**
**Подписывая настоящую заявку,** я подтверждаю, что на момент ее подачи я не связан (-а) никаким обязательством по выплате алиментов на содержание детей, **ЛИБО** если я связан (-а) обязательством по выплате алиментов на содержание детей, задолженность по их выплате не равняется и не превышает четырех месяцев, или я вношу платежи на основании приказа об обращении взыскания на доход, одобренного судом плана оплаты или погашения задолженности либо согласованного сторонами плана, или мое обязательство по выплате алиментов на содержание детей находится на стадии судебного разбирательства, или я получаю государственную помощь либо дополнительный социальный доход.

**Подтверждение заявителя** — Осознавая ответственность за представление заведомо ложных сведений, я поддерживаю и подтверждаю, что заявления, сделанные в этой заявке (в том числе заявления, сделанные в любых сопроводительных документах), были мной изучены и, в меру моих знаний и убеждений, являются достоверными и правильными. Я осознаю, что любое искажение реального положения в настоящей заявке на утверждение могло бы привести к дисциплинарной мере, включая, помимо прочего: приостановку действия, отзыв лицензии и/или штрафы.

## РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ, КАСАЮЩЕЙСЯ ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ

**Согласно Закону о реформе бокса Мухаммеда Али (Muhammad Ali Boxing Reform Act) (часть 15 Кодекса законов США § 6305[c] [2000]) и по мнению Конгресса, при выдаче федерального удостоверения личности каждая комиссия по боксу должна представить каждому профессиональному боксеру документ о раскрытии информации, касающейся здоровья и безопасности. Кроме такого раскрытия информации, Спортивная комиссия штата Нью-Йорк считает, что приложение документа о раскрытии информации, касающейся здоровья и безопасности, к каждой заявке на получение лицензии профессионального боксера, поданной в штате Нью-Йорк, отвечает наилучшим интересам бокса.**

**Как профессиональному боксеру, Вам должно быть известно, что данный вид спорта сопряжен со множеством рисков для здоровья и безопасности, включая, помимо прочего, риск получения черепно-мозговой травмы. Поэтому настоятельно рекомендуется, чтобы каждый профессиональный боксер периодически проходил необходимый медицинский осмотр и процедуры, позволяющие выявить черепно-мозговую травму. В связи с настоящей заявкой на получение лицензии Спортивная комиссия штата может потребовать провести конкретный медицинский осмотр и процедуры, предназначенные для выявления черепно-мозговой травмы и других заболеваний, при которых противопоказано занятие профессиональным боксом. Если Вам необходима дополнительная информация о таком осмотре, свяжитесь со Спортивной комиссией штата Нью-Йорк.**

**Я подтверждаю понимание мною представленного выше заявления.**

*Подпись заявителя*

**X** _____ *Дата:* _____

*ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВКУ НА ЛИЦЕНЗИЮ И ХОТЕЛИ БЫ ПОЛУЧИТЬ ПЕЧАТНЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР ЛИЦЕНЗИИ ПО ПОЧТЕ, ОТМЕТЬТЕ ДАННЫЙ ПУНКТ*: ☐

**Не забудьте приложить к этой форме любые требуемые объяснения и надлежащую оплату (если оплата осуществляется чеком, денежным переводом на имя Спортивной комиссии штата Нью-Йорк (NYS Athletic Commission)).**

## ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМИССИЕЙ:

Номер лицензии: _____

New York State Athletic Commission

**ЧАСТЬ B**

## Разделы, связанные с предоставлением и раскрытием медицинской информации боксера-

**(Информация, указанная в Части B, хранится в медицинской карте каждого боксера)**

# ПОЛИТИКА БОРЬБЫ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ И СТЕРОИДОВ КОМИССИИ ПО ДЕЛАМ СПОРТА ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

**I. 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. 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. 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. В дополнение к любым мерам административной ответственности, любой боксер, результаты тестирования которого будут свидетельствовать о нарушении политики борьбы с употреблением наркотиков и стероидов NYSAC даст положительные результаты, 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. Боксер признает и понимает, что за любые нарушения указанной политики NYSAC будет решительно применять соответствующие санкции и добиваться их применения.**

**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.**

**Фамилия боксера:** _____

**Подпись боксера:** _____

**Дата:** _____

- Этот раздел намеренно оставлен пустым -

New York State Athletic Commission

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

**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 B и вирус гепатита C 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).**

**Я понимаю исоглашаюсь 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.**

**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.**

**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.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **ФАМИЛИЯ БОКСЕРА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** | **НОМЕР ФЕДЕРАЛЬНОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ БОКСЕРА** |
| _____ | _____ |
| **ПОДПИСЬ БОКСЕРА** | **ДАТА ПОДПИСАНИЯ** |

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

New York State Athletic Commission

# РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ «О ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ И ОТЧЕТНОСТИ В ОБЛАСТИ ЗДРПВООХРАНЕНИЯ» (HIPAA)

| Фамилия пациента | Дата рождения | Номер социального обеспечения |
|---|---|---|
| Адрес пациента | | Телефон пациента |

Я или мой уполномоченный представитель просим, 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. Данное разрешение может предусматривать раскрытие информации, относящейся к **ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ и ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**, за исключением замечаний по поводу психотерапевтической помощи, и **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ*** только в том случае, если я поставлю свои инициалы в соответствующей строке п. 9(a). Если если предусмотренная ниже медицинская информация включает в себя любой из этих видов информации и я поставил свои инициалы в соответствующей строке п. 9(a), я определенно даю разрешение на предоставление такой информации лицам, указанным в п. 8.
2. Если я разрешаю предоставление информации о ВИЧ-инфекции, лечении алкогольной или наркотической зависимости или лечении 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. 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. 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. 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. **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. Название (фамилия) и адрес поставщика медицинских услуг или организации, которая раскрывает информацию:

8. 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). Вид предоставляемой информации:
☐ Сведения из медицинской карты за период с (указать дату) _____до (указать дату)_____.
☑ 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.
☐ Другое:_____
_____

Указать: (отметить инициалами)
_____ **Лечение алкогольной/наркотической зависимости**
_____ **Информация о психическом здоровье**
_____ **Информация о ВИЧ-инфекции**

**Разрешение на обсуждение медицинской информации**
(b) ☑ Своими инициалами здесь _____ я разрешаю_____
Инициалы Фамилия поставщика медицинских услуг
обсуждать мою медицинскую информацию с моим адвокатом или государственным органом, которые указаны ниже:
**New York State Athletic Commission**
(фамилия адвоката/название фирмы или государственного органа)

10. Основание для предоставления информации:
настоящего разрешения прекращается:
☑ По требованию лица
☐ Другое:

11. Дата или событие, при наступлении которых действие
**Один год с данной даты**

12. Фамилия лица, подписывающего форму, если это не пациент:
**N/A**

13. Право подписи за пациента:
**N/A**

Все пункты этой формы были заполнены, я получил ответы на все вопросы относительно формы и, кроме того, мне предоставили ее экземпляр.
_____ Дата: _____
(Подпись пациента или представителя, уполномоченного по закону)

*** 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.**