



## 申请竞技运动职业执照（职业拳击运动员和职业格斗运动员）

请仔细阅读以下说明后再填写申请表。信息不完整的申请表将被退回，导致执照延后颁发。申请或支持文件如有任何疏漏、不准确或信息不全，均可视为拒发执照的充分理由，如果执照已颁发，则可能导致暂时吊销或撤销执照。

### 持照职业竞技运动员是否有年龄要求？

是的。年满 18 岁或以上方可成为持照职业竞技运动员。

### 申请职业竞技运动员执照需要缴纳哪些费用，有效期为多长时间？

职业拳击运动员执照的申请费为 10.00 美元。职业格斗运动员执照的申请费为 50.00 美元。综合格斗运动员执照自生效日期起一年内有效。拳击运动员执照自颁发之日起至当年 9 月 30 日有效。

### 什么时候可以申领原始执照？

您可以随时向有关机构申请颁发原始执照。但是，如果您计划参加一项已经安排好的赛事，请在赛事前两周提交您的执照申请及所需材料，以留出充足的处理时间。

### 我什么时候需要更新执照？

您可以在执照到期前三个月至到期后三年内更新执照。如果您未能在三年期限内更新，则必须提交原始执照申请表及所需材料。

### 我需要按指纹吗？

不。您不需要按指纹。

### 我为什么需要提供电子邮件地址？

您将通过电子邮件接收执照以及任何与执照或申请有关的答复信息。如果您的电子邮件地址发生改变，请向本办公室提交修正申请，注明您的新电子邮件地址。

### 申领执照需要什么医学检查结果？

需要以下注明检查日期的医学检查结果：

- 经医生签字的病史和体检记录 - 注明日期 1 年内
- 脑部核磁共振造影 (MRI) - 注明日期 3 年内
- 12 导联心电图 - 注明日期 1 年内
- 由持照眼科医师进行的散瞳眼科检查 - 注明日期 1 年内
- 乙型肝炎表面抗原 - 注明日期 1 年内
- 丙型肝炎抗体 - 注明日期 1 年内
- 艾滋病 (HIV) - 注明日期 1 年内
- 凝血酶原时间 (PT/INR) - 最近
- 血小板计数或全血球计数 - 最近
- 部分促凝血酶原激酶时间 (PTT) - 最近
- 女性孕检 - 每场比赛前 30 天内

### 什么材料能够证明我已准备好参加职业竞赛？

- 您的业余选手手册复印件（首次参加职业赛事时需要）
- 说明您的当前训练方式和业余选手背景的教练介绍信（首次参加职业赛事时需要）
- 其他州竞技委员会的介绍信
- 证明您已做好参加职业竞赛准备的业余选手监管机构介绍信
- 描述您自己运动生涯的文章或材料
- Fight Fax 或 BoxRec 复印件（拳击）
- MixedMartialArts.com 战绩复印件 (MMA)
- 拳击运动员联邦身份证或 MMA 国家身份证复印件
- 比赛录像

### 申请时需要哪些材料？

- 经医生签字的病史和体检记录
- 上述医学检查结果（注明检查日期）
- 政府颁发的有效附照身份证复印件
- 证明您已准备好参加职业竞赛的材料（业余选手手册复印件、Fight Fax、BoxRec、MixedMartialArts.com 战绩、教练介绍信、录像片段、业余选手监管机构介绍信等） - 更新执照时无需此类材料
- 如果您在本申请表“背景信息”部分的问题下回答“是”，请提供相关支持材料
- 职业拳击运动员执照申请费 10.00 美元。
- 职业格斗运动员执照申请费 50.00 美元。

### 有哪些付款方式？

您可以使用支票或汇票向纽约州州务院 (New York State Department of State) 付款。请勿邮寄现金。申请费不可退还。对于被银行退回的任何支票，每张将收取 20 美元的费用。

### 如何向纽约州竞技委员会提交申请和支持性材料？

纽约州竞技委员会  
New York State, Department of State  
的通信地址：  
State Athletic Commission  
P.O.Box 22090  
Albany, NY 12201-2001

### 申请的“子女抚养声明”部分

无论您是否有子女或任何抚养义务，纽约州（一般义务法）都要求申请人签署“子女抚养声明”。

任何人拖欠子女抚养费达到四个月或以上，其商务执照、职业执照和驾驶执照均有可能被暂时吊销。

为规避法定抚养义务而故意提交虚假书面声明者，将遭受刑法 (Penal Law) §175.35 条款的处罚。向地方政府或州政府提交有欺诈意图的虚假文书属于 E 类重罪。

### 隐私相关通知

#### 是否需要在申请表上提供我的社会安全号码？

是的。纽约州竞技委员会需要收集所有执照持有者的社会安全号码。索取和维护此类个人信息的依据参见税法 (Tax Law) §5 条款和一般义务法 (General Obligations Law) §3-503 条款。您必须披露此类信息。采集此类信息是为了让税务和财政部门识别在纳税申报中有逾期提交以及可能低估纳税金额的个人、企业或其他方，同时识别受税务和财政专员辖下税收政策影响的个人。它将用于税务管理以及税法授权的任何其他目的，也可能被儿童抚养执行机构或者本州或其他州根据社会安全法 (Social Security Act) IV-D 条款授权的代表用来制定、修改或执行抚养命令，但不可向大众公开此类信息。如无法提供社会安全号码，需要做出书面说明。对于要求提供此信息的权限，19 NYCRR §207.5(a)(1) 中也有相关规定。此信息将保存在纽约州竞技委员会的许可信息系统中，地址为：123 William Street, New York, NY 10038-3804。

请注意，提交此申请并不能保证您将获得参加职业竞技运动的授权。



申请竞技运动职业执照（职业拳击运动员和职业格斗运动员）

请阅读说明后再填写此申请表。请务必用墨水填写。带\*的项目为必填栏。

要申请一张以上的执照，请单独提交每张执照的申请表、费用和所需材料。

\*请选择执照类型（单选）： 拳击运动员（10.00 美元）  综合格斗运动员（50.00 美元）

您目前是否计划参加纽约州的某种职业资格竞赛？  是  否

如果选择“是”，请注明日期：\_\_\_\_\_ 地点：\_\_\_\_\_

\*您要申请新执照、更新执照还是希望修正/更改档案上的信息？

（单选）： 新执照（费用见上文）  更新执照（费用见上文）  修正执照（无费用）

申请人信息

*名字	*姓氏	中间名首字母	后缀
别名（如果您有其他名字，请逐个列出）			
*地址 1	地址 2		
*城市	*美国下辖州或加拿大下辖省	*邮编	
县/郡（如为纽约州居民）	*国家/地区	*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*出生日期（月月/日日/年年年年）
*您有社会安全号码 (Social Security Number, SSN) 吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果选择“是”，请提供您的社会安全号码：			
*电话号码 - 家庭电话	工作电话	手机号码	*电子邮箱地址

\* 本人已随附政府颁发的有效附照身份证复印件。

选手信息

*正常重量（磅）	*最小拳击重量级（磅）	*最大拳击重量级（磅）	*身高（英尺及英寸）
台上绰号（如适用）			
如果您有区别性标记（纹身、疤痕、胎记、刺青等），请在下方描述每个标记：			
拳击运动员联邦身份证号/MMA 国家身份证号		身份证失效日期	

1) \*请描述使您有资格在纽约参加职业竞赛的经历。如需更多空间来详细阐述，请附加其他材料。

--

2) \*请提交能够证明您已准备好在纽约参加职业竞赛的材料复印件。（材料清单参见第 1 页）

3) \*您计划提交什么类型的材料来证明自己已经做好参加职业竞赛的准备？  职业  业余

经纪人（如果您有经纪人，请填写以下信息）：

经纪人的公司名称：	经纪人的名字	经纪人的姓氏	中间名首字母	后缀
经纪人的电话号码		经纪人的电子邮箱地址		

## 申请竞技运动职业执照（职业拳击运动员和职业综合格斗运动员）

**教练**（如果您有教练，请填写以下信息）：

教练的名字	教练的姓氏	中间名首字母	后缀
教练的电话号码	教练的电子邮箱地址		

**筹办人**（如果您有筹办人，请填写以下信息）：

筹办人的公司名称	筹办人的名字	筹办人的姓氏	中间名首字母	后缀
筹办人的电话号码				

**\*健身馆** - 您在哪个健身馆或训练场地做练习？

*健身馆或训练场地所属的公司名称			
*城市	*州	国家/地区	*电话号码

如果您与职业裁判员、评分员、计时员或纽约州竞技委员会的任何员工有关或有私交，请列出他们的名字：

--

### 背景信息

1) \*您是否持有或曾经持有纽约州竞技委员会或任何其他竞技委员会颁发的执照？

是  否 如果选择“是”，请提供所持每张执照的以下信息：

执照类型	颁发州（仅限美国）	颁发国	执照编号	执照年度

2) \*您本人或您在纽约或其他任何地方负责或曾经负责的公司是否有执照或许可可被撤销、暂时吊销或取消，或者您是否曾受到纪律处分？

是  否 如果选择“是”，请予以说明：

--

3) \*您在纽约州或其他任何地方是否曾有轻微或重大犯罪行为？

是  否 如果选择“是”，请注明每次犯罪行为的下列信息：

犯罪年度	发生犯罪行为的辖区	罪行

*如果您曾经犯罪，请附上残疾救济证、行政赦免、品行优良奖章的复印件或其他支持性材料。*

4) \*纽约州或其他任何地方的法院是否有针对您的任何未决刑事起诉（包括轻罪和重罪）？

是  否 如果选择“是”，请注明每次起诉的下列信息：

起诉年度	起诉辖区	罪行（起诉性质）	诉讼的当前状态

5) \*您是否有任何与赌博有关的债务？

是  否 如果选择“是”，请予以说明：

--

# 申请竞技运动职业执照（职业拳击运动员和职业综合格斗运动员）

## 确认声明

### 1) \*子女抚养声明：

本人特此证明，截至本申请日期，本人没有支付子女抚养费的义务；或者，虽然本人有支付子女抚养费的义务，但本人没有拖欠子女抚养费达四个月或以上；或者，本人根据收入执行令或法院协定的支付或还款计划或双方商定的计划支付子女抚养费；或者，本人正在法院进行有关子女抚养义务的诉讼程序；或者，本人目前在领取公共救助或社保补助金。

本人已经阅读并理解《子女抚养声明》，并特此证明本人符合相关规定。

### 2) \*健康和信息安全披露：

根据默罕默德·阿里拳击改革法案 (Muhammad Ali Boxing Reform Act) (15 USC § 6305[c] [2000])，国会规定每个拳击委员会在颁发联邦身份证时应要求每个职业拳击运动员披露健康和信息安全信息。除该等披露之外，纽约州竞技委员会也认为，要求每个向纽约州申请执照的职业拳击运动员披露健康和信息安全信息符合拳击事业的最大利益。

作为职业竞技运动员，您应该了解，这项运动有许多健康和安全风险，包括但不限于脑损伤风险。因此，强烈建议每个职业竞技运动员定期做必要的医学检查和脑损伤检查程序。在申请执照时，纽约州竞技委员会可能要求申请人完成一些特定的医学检查和程序，以确定是否有脑损伤及不适合从事职业竞技运动的其他身体疾病。如果您需要进一步了解这些检查的详细信息，请联系纽约州竞技委员会。

本人证实本人理解上述声明。

### 3) \*法律、法规和政策（在线访问 [www.dos.ny.gov/athletic](http://www.dos.ny.gov/athletic)）：

本人了解、同意并且确认，本人有责任遵守纽约州及纽约州竞技委员会适用于本人执照方面的法律、法规和政策。

### 4) \*申请确认：

本人即下方签字人，特此根据纽约州法律并依照纽约州竞技委员会的规章制度提出申请。本人了解，纽约州州务院、纽约州竞技委员会经审查可能批准或拒绝此申请。本人了解，提交此申请并不授予开展执照范围内相关活动的任何权利或特权。本人确认，本确认书所含信息完全属实，否则将接受伪证处罚。本人了解并同意，填写虚假信息可能招致刑事和行政处罚。本人还了解并同意，如果所填信息发生改变，本人将立即修正本执照申请表，并将修正后的申请表提交至纽约州州务院和纽约州竞技委员会。本人了解，根据此申请颁发的任何执照均不可转让。

\_\_\_\_\_  
打印申请人姓名

**X**

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

## 请在您的申请表后随附以下材料：

- 经医生签字的病史和体检记录
- 注明日期的医学检查结果（参见第 1 页的申请说明）
- 政府颁发的有效附照身份证复印件
- 能够证明您已准备好在纽约参加职业竞赛的材料。（业余选手手册复印件、Fight Fax、BoxRec、MixedMartialArts.Com 战绩、拳击运动员联邦身份证或 MMA 国家身份证、教练介绍信、录像片段、业余选手监管机构介绍信等） – 更新执照时无需此类材料
- 如果您在本申请表“背景信息”部分的问题下回答“是”，请提供相关支持材料
- 职业拳击运动员执照申请费 10.00 美元（通过支票或汇票支付）
- 职业综合格斗运动员执照申请费 50.00 美元（通过支票或汇票支付）



## 职业竞技运动员的医疗信息发布与披露

(所提供的信息将存入每个职业竞技运动员的医疗档案)

### 纽约州竞技委员会的药物滥用和类固醇政策

- I. 纽约州竞技委员会 (NYSAC) 要求每个职业竞技运动员在医学检查中按照 **NYSAC** 规定的方式做药物和/或类固醇筛查。此外, **NYSAC** 有权根据纽约未列入统一法典的法规 § 8925[3], 在不事先通知职业竞技运动员的情况下, 要求任何已获得执照的职业竞技运动员在执照有效期的任何时间做药物和/或类固醇筛查。
- II. 禁止使用纽约刑法和公共健康法规定的管制药物, 否则可能招致处罚, 包括但不限于: 暂时吊销或撤销执照、禁止从事竞技运动、改变比赛结果和/或罚款。经 **NYSAC** 裁定对滥用此类药物和/或违禁药物负有责任的任何执照或许可证持有人都可能遭受此类处罚。
- III. 如果查出职业竞技运动员使用任何违禁药物, 该运动员可能会被禁止参加纽约州竞技运动, 其之前的所有比赛结果可能改为“未参赛”。
- IV. 除了行政处罚之外, 因检查结果呈阳性而违反 **NYSAC** 药物滥用和类固醇政策的任何职业竞技运动员将因不良医学记录暂停竞技活动, 在被 **NYSAC** 医疗人员清除相关医学记录之前, 该运动员不能参加本州或其他地方的比赛。
- V. 职业竞技运动员承认并了解, **NYSAC** 将会对违反本政策的任何行为严格执行适用的制裁措施。

申请人确认 - 通过在下方签名, 本人特此签署并证实, 本人已经阅读上述关于违禁药物的政策并且同意其中的条款, 本人目前也没有使用任何违禁药物或受其影响, 如有虚假愿受伪证罪处罚。

打印申请人姓名: \_\_\_\_\_

申请人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_



---

## 医疗信息披露

---

**授权向拳击委员会协会 (ASSOCIATION OF BOXING  
COMMISSIONS, ABC) 的所有附属成员委员会分发医疗信息**

我特此授权纽约州竞技委员会(New York State's Athletic Commission)向拳击委员会协会 (ABC) 的任何其他附属委员会或计划 (包括其官方记录保管机构) 发布、披露和提供纽约州竞技委员会获取的有关我作为专业格斗运动员执照持有人的任何及所有医疗记录, 包括但不限于年度体检、眼科检查、神经学检查、HIV 病毒阴性测试、乙型肝炎病毒阴性测试、丙型肝炎病毒阴性测试、药物检测、住院记录, 以及与我作为专业格斗运动员执照持有人所适用的任何其他疾病相关信息 (包括病历、检查结果、诊断和预后)。

我了解并且同意, 签署此“医疗信息披露”是选择性的, 我拒绝签署此文档不会导致纽约州竞技委员会或 ABC 的任何附属成员委员会对我采取任何不利措施。

我了解并同意, 这里所述的医疗记录仅为 ABC 附属成员委员会决定我是否符合从事格斗运动之目的而披露。

我了解并同意, 本授权自签署日期起一年内有效, 并且与本文件所述的所有医疗记录相关, 无论这些记录创建于授权签署日期之前还是之后。

---

申请人正楷姓名:

---

申请人联邦身份证号

---

申请人签名

---

签署日期



**授权根据 HIPAA 披露健康信息**

患者姓名	出生日期	社会安全号码
患者地址		患者电话号码

我或我的授权代表要求根据本授权书所列条件披露我的护理和治疗等健康信息：

根据纽约州法律 (New York State Law) 和 1996 年健康保险携带及责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)) 的隐私规定 (Privacy Rule), 我了解：

- 只有我在第 9(a) 项的相关行中签署姓名首字母时, 本授权才可能包括**酒精和药物滥用、心理健康治疗** (心理治疗笔记除外), 以及**机密的艾滋病毒/艾滋病 (HIV\*) 相关信息**。如下述健康信息包括以下任何一类信息, 且我已在第 9(a) 项相关行中签署了姓名首字母, 则表明我特此授权向第 8 项所列的人员披露这类信息。
- 如我授权披露与 HIV 相关、酒精或药瘾治疗或心理健康治疗信息, 除非联邦法或州法允许, 否则信息接收者禁止在未经我授权的情况下再次披露这类信息。我了解, 我有权要求获得一份可能未经授权而接受或使用本人的 HIV 相关信息的人员名单。如我因 HIV 相关信息的发布或披露而受到歧视, 我可拨打 (718) 741-8400 联络 纽约州人权署 (New York State Division of Human Rights)或拨打 (212) 306-7450 联络 纽约市人权委员会 (New York City Commission of Human Rights)。这些机构负责保护我的权利。
- 我有权随时向下列医疗护理提供方书面撤回本授权。我了解, 我可以撤销本授权, 已根据本授权采取的行动除外。
- 我了解, 签署本授权书纯属自愿。我在医疗计划中的治疗、付款、登记或者享受福利的资格不受我是否签署本披露声明的影响。
- 依据本授权披露的信息可能被信息接收者再次进行披露 (上面第 2 项所述除外), 这种再披露情况可能不再受联邦法或州法律的保护。
- 本授权并未授权您与第 9 (b) 项中指定的律师或政府机构以外的其他人讨论我的健康信息或医疗护理信息。**

7. 披露此信息的健康服务提供者或实体的名称及地址:

8. 接收此信息的人员姓名和地址或人员类别:  
**New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038**

9(a). 要披露的具体信息:

从 (填入日期) \_\_\_\_\_ 到 (填入日期) \_\_\_\_\_ 的病历  
 整份医疗记录, 包括病史、医院记录 (心理治疗笔记除外)、检测结果、放射检测、成像、转诊、咨询、账单记录、保险记录以及其他医疗护理提供方发送给您的记录。

其他: \_\_\_\_\_ 包括: (以姓名首字母签名指定)  
**酒精/药瘾治疗**  
**心理健康信息**  
**HIV 相关信息**

**授权讨论健康信息**

(b)  通过此处的姓名首字母签名 \_\_\_\_\_ 我授权 \_\_\_\_\_  
 姓名首字母签名 个别医疗护理提供方的名称

与下列我的律师或政府机构讨论我的健康信息:  
**New York State Athletic Commission**  
 (律师/律师事务所名称或政府机构名称)

10. 披露此信息的原因: 应个人要求 <input type="checkbox"/> 其他:	11. 本授权到期的日期或事件: <b>自本日起一年</b>
12. 如非患者本人, 签署此授权书人员的姓名: <b>不适用</b>	13. 代表患者签名的授权: <b>不适用</b>

本授权书所有项目均已填写, 我对本授权书的疑问均已得到解答。我已获得一份本授权书副本。

日期: \_\_\_\_\_  
 (患者或法律授权的代表签名)

\* 导致艾滋病的人类免疫缺陷病毒。纽约州公共卫生法 (New York State Public Health Law) 保护能够合理识别某人 HIV 症状或感染的信息, 以及个人联系人的相关信息。