



프로 격투기 공식 면허 신청서(주심, 심판 또는 계시원 면허)

지침 내용을 주의 깊게 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 경우 면허 발급이 거부되는 충분한 사유가 될 수 있으며, 면허가 발급된 경우라면 해당 면허가 취소 또는 중지될 수 있습니다.

프로 권투 주심, 심판 및 계시원 면허 신청 수수료와 조건은 어떻게 됩니까?

권투 주심 및 심판 면허 수수료는 \$50.00 입니다. 권투 계시원 면허 수수료는 \$10.00 입니다. 권투 주심, 심판 또는 계시원 면허는 면허 발급 후 9월 30 일까지 유효합니다.

종합 격투기 주심, 심판 및 계시원 면허 신청 수수료와 조건은 어떻게 됩니까?

종합 격투기 주심 및 심판 면허 수수료는 \$100.00 입니다. 종합 격투기 계시원 면허 수수료는 \$40.00 입니다. 종합 격투기 주심, 심판 또는 계시원 면허는 면허 발급 날짜로부터 1년 동안 유효합니다.

면허증 원본은 언제 신청해야 합니까?

면허증 원본은 언제든지 신청할 수 있습니다. 하지만 예정된 경기에 참여할 계획인 경우, 적절한 처리 시간을 확보하기 위해 면허 신청서와 필수 서류를 해당 경기가 열리기 2 주 전에 제출하시기를 권장합니다.

면허는 언제 갱신합니까?

면허 만료일 3 개월 전 및 3년 후에 갱신할 수 있습니다. 3년 기한 내에 갱신하지 않을 경우, 면허증 원본 신청서를 필수 서류와 함께 제출하셔야 합니다.

지문을 채취해야 합니까?

아니요. 지문 채취는 필요하지 않습니다.

왜 이메일 주소를 기재해야 합니까?

면허 및 면허 또는 신청서와 관련된 모든 서신은 이메일로 발송됩니다. 이메일 주소가 변경된 경우, 신규 이메일 주소를 기재한 수정 신청서를 본 사무소에 제출하십시오.

신규 격투기 주심, 심판 또는 계시원 면허에 대한 경력 요건은 무엇입니까?

신규 계시원 면허 신청자는 공식 승인된 아마추어 또는 프로 격투기 계시에 있어 숙련된 기술이 있음을 증명하거나 ABC가 승인한 계시원 훈련 과정 수료증이 있어야 합니다. 신규 권투 주심 또는 심판 면허 신청자는 400 회 이상의 라운드 경험이 있어야 하며 신규 종합 격투기 주심 또는 심판 면허 신청자는 공식 승인된 아마추어 또는 프로 매치에서 200 회 이상의 라운드 경험이 있어야 합니다. 신규 주심 및 심판 면허 신청자는 또한 ABC가

승인한 주심 또는 심판 훈련 과정 수료증도 있어야 합니다. 경력을 증명하려면 해당 경기를 감독한 각 아마추어 승인 조직 또는 체육 위원회의 추천서를 1부 이상 제출해야 합니다.

면허를 취득하려면 뉴욕 주 체육 위원회(New York State Athletic Commission)가 실시하는 시험 또는 인터뷰를 통과해야 합니까?

보고하신 경력에 따라 뉴욕 주 체육 위원회(New York State Athletic Commission) 담당자가 실시하는 시험 또는 인터뷰를 통과하셔야 할 수도 있습니다.

면허 취득에 필요한 의료 검사 결과는 무엇입니까?

필요하지 않은 의료 검사 결과는 제출하지 마십시오. 다음의 의료 검사 결과를 검사 날짜를 명시해 제출하셔야 합니다.

- 1년 이내에 작성된 심판 또는 주심 면허에 대한 이력 및 신체 검사 기록(주심 및 심판 신청자의 경우)
- 1년 이내에 실시된 안과 의사 또는 검안사의 동공확대 안과 검사 결과(주심 및 심판 신청자의 경우)
- 1년 이내에 실시된 12-리드 EKG(주심 신청자의 경우)
- B형 간염 표면 항원 - 1년 이내 날짜(주심 신청자의 경우)
- C형 간염 항체 - 1년 이내 날짜(주심 신청자의 경우)
- HIV - 1년 이내 날짜(주심 신청자의 경우)

주심, 심판 또는 계시원으로서의 훈련 및 경험을 증명하기 위한 서류는 무엇입니까?

- 귀하가 참여한 경기를 감독한 모든 아마추어 승인 조직 및 체육 위원회의 추천서
- 권투위원회 협회(Association of Boxing Commissions)가 승인한 주심, 심판 또는 계시원 훈련 과정 수료증
- 격투기 이력서 및 추천인 목록
- 신경학 세미나 수료증 또는 유해한 신경학적 증상 인지에 대한 경험 및/또는 훈련 증명서(주심 신청자의 경우)

신청서에 필요한 서류는 무엇입니까?

- 정부에서 발생한 유효한 사진 신분증 사본
- 본 신청서의 "기본 정보" 및 "재무 정보" 섹션의 질문에 "예"라고 응답한 경우 이를 뒷받침하는 서류
- 교육 및 훈련 증명서
- 격투기 이력서 및 추천인 목록
- 의료 정보 공개 양식(주심 및 심판 신청자의 경우) 정부에서 발생한 유효한 사진 신분증 사본
- HIPAA 공개 양식(주심 및 심판 신청자의 경우)
- 권투 주심 또는 심판 면허 신청 수수료 \$50.00
- 권투 계시원 면허 신청 수수료 \$10.00
- 종합 격투기 주심 또는 심판 면허 신청 수수료 \$100.00
- 종합 격투기 계시원 면허 신청 수수료 \$40.00

격투기 이력서란 무엇입니까?

관련 권투 또는 종합 격투기 면허 자격과 경력, 교육 및/또는 훈련, 면허 및/또는 증명서가 요약된 이력서입니다.

수수료 납부 방식은 무엇입니까?

국무부(Department of State)를 수취인으로 하는 수표 또는 우편환으로 납부할 수 있습니다. 현금은 보낼 수 없습니다. 신청서 수수료는 환불되지 않습니다. 은행이 반송한 수표에 대해서는 \$20의 수수료가 부과됩니다.

신청서 및 증빙 서류를 주 체육 위원회(State Athletic Commission)에 어떻게 제출합니까?

보내실 곳: New York State, Department of State
State Athletic Commission
P.O. Box 22090
Albany, NY 12201-2001

신청서 상의 자녀 양육비 진술 섹션

자녀 양육비 진술서(Child Support Statement)는 자녀 또는 양육 의무의 여부와 상관없이 뉴욕 주(일반의무법(General Obligations Law))에 따른 의무 사항입니다.

자녀 양육비 지급이 4 개월 또는 그 이상 연체된 사람은 사업자 등록증, 전문 면허, 운전면허증이 정지될 수 있습니다.

양육 의무의 합법적인 집행을 무력화 또는 무효화시킬 목적으로 의도적으로 허위 진술서를 제출하는 경우에는 형법 §175.35에 따라 처벌 받을 수 있습니다. 이는 고의로 거짓 문서를 주 정부 또는 지역 정부에 제출하는 E급 중범죄에 해당합니다.

개인 정보 보호 알림

신청서에 소셜 시큐리티 번호를 기재해야 합니까?

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 일반의무법(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 채무를 과소평가한 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) 타이틀 IV-D에 따라 설립된 다른 주의 자녀 양육비 집행 기관 공식 대리자가 양육비 지급명령을 설정, 변경, 집행할 목적으로 이용될 수도 있지만 일반 대중에게는 이용이 허가되지 않습니다. 소셜 시큐리티 번호를 기재하지 않을 시에는 그에 대한 사유서를 서면으로 제출해야 합니다. 소셜 시큐리티 번호를 요청할 수 있는 권한은 19 NYCRR §207.5(a)(1)에 의거합니다. 수집된 소셜 시큐리티 번호는 체육 위원회(123 William Street, New York, NY 10038-3804)의 면허 정보 시스템에 보관됩니다.

이 신청서를 제출함으로써 프로 격투기 경기를 진행할 수 있는 권한을 부여받는 것은 아니라는 점을 유념하십시오.



프로 격투기 공식 면허 신청서(주심, 심판 또는 계시원 면허)

지침 내용을 읽은 다음 신청서를 작성하십시오. 답변은 불펜을 이용해 전자체로 기재해야 합니다. *로 표시된 항목은 필수 응답 사항입니다.

한 가지 이상의 면허를 신청하려면 각각의 면허에 대해 별도의 신청서, 수수료 및 필요 서류를 제출하십시오.

*면허 유형 선택(하나만 선택):
 권투 주심(\$50.00) 권투 심판(\$50.00) 권투 계시원(\$10.00)
 종합 격투기 주심(\$100.00) 종합 격투기 심판(\$100.00) 종합 격투기 계시원(\$40.00)

*신규 면허 또는 면허 갱신을 신청하거나 면허 정보를 수정/변경하고자 하십니까?

(하나만 선택): 신규(상기의 수수료 참조) 갱신(상기의 수수료 참조) 수정(수수료 없음)

신청자 정보

*이름	*성	중간 이름 이니셜	호칭
*주소 1		주소 2	
*시	*미국 또는 캐나다 주		*우편번호
카운티(뉴욕 주 거주자인 경우)	*국가	*성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	*생년월일(월/일/연도)
*소셜 시큐리티 번호(Social Security Number, SSN)가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 소셜 시큐리티 번호 기재:			
*전화번호 - 자택	휴대전화	직장	*이메일 주소

정부에서 발생한 유효한 사진 신분증 사본을 첨부했습니다.

기본 정보

1) *뉴욕 주 체육 위원회(NYS Athletic Commission) 또는 기타 체육 위원회에서 발급한 면허를 현재 보유하고 있거나 이전에 보유한 적이 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우, 각 면허에 대한 다음 정보를 기재하십시오.

면허 유형	발급한 주(미국의 경우에만)	발급 국가	면허 번호	면허 연도
-------	-----------------	-------	-------	-------

2) *뉴욕 주나 다른 지역에서 본인이 책임자인 회사 또는 본인의 면허나 허가증이 취소, 정지, 거부되거나 징계 조치를 받은 적이 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우 구체적으로 기재:

3) *뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 중범죄 또는 경범죄에 해당하는 특정 범죄 행위에 대해 유죄를 선고받은 적이 있습니까?

예 아니요 "예"라고 답한 경우 모든 유죄 선고에 대한 다음 정보를 기재해 주십시오:

선고 연도	유죄가 선고된 지역	유죄 판결을 받은 행위(범죄)
-------	------------	------------------

유죄를 선고받았던 경우 장애 회복 증명서(Certificate of Relief from Disabilities), 특별 사면 증명서(Executive Pardon), 선행 증명서(Certificate of Good Conduct) 또는 기타 증빙 서류의 사본을 첨부하십시오.

프로 격투기 공식 면허 신청서(주심, 심판 또는 계시원 면허)

4) *뉴욕 주 또는 그 이외의 지역에서 현재 귀하와 관련된 기타 범죄 혐의(중범죄 또는 경범죄)가 계류 중에 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우, 각 혐의에 대한 다음 정보를 기재하십시오.

혐의 연도	혐의가 발생한 관할 지역	범죄 행위(혐의의 성격)	혐의의 현재 상태
-------	---------------	---------------	-----------

5) *도박 관련 채무가 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우 구체적으로 기재:

훈련 및 경험

1) *권투위원회 협회(Association of Boxing Commissions, ABC)가 인정하고 승인하는 주심 또는 심판 훈련 과정 수료증이 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우, 이수한 가장 최근의 세 가지 훈련 과정의 이름과 날짜를 기재:

세미나 이름	세미나 날짜
--------	--------

훈련 과정 수료증 사본 첨부

2) *면허 관련 경험 및 자격을 기술하십시오. 공간이 더 필요할 경우, 추가 서류를 첨부하십시오.

3) *승인된 아마추어 및 프로 권투 또는 종합 격투기 경기 부문에서 신청하려는 격투기 및 면허 유형에서 획득한 라운드 경험 수를 기재하십시오. (필요한 최소 라운드 경험은 프로 권투 주심 또는 심판 면허의 경우에는 400 회이며 프로 종합 격투기 주심 또는 심판의 경우에는 200 회입니다.)

승인된 프로 라운드			승인된 아마추어 라운드		
격투기	심판 라운드	주심 라운드	격투기	심판 라운드	주심 라운드
권투			권투		
종합 격투기			종합 격투기		

귀하가 아마추어 경험을 획득한 경기를 감독하는 아마추어 승인 조직의 추천서 최소 1 부와 프로 경험을 획득한 경기를 감독하는 체육 위원회의 추천서 최소 1 부를 첨부하십시오.

4) *뉴욕 주 체육 위원회가 지정한 의사가 진행한 신경학 세미나에 참석하거나 권투 선수 또는 종합 격투기 선수에게 나타나는 유해한 신경학적 증상 인지에 대한 경험/훈련을 갖추셨습니까? (주심 신청자의 경우)

예 아니요 “예”인 경우, 이수한 가장 최근의 세 가지 세미나의 이름과 날짜를 기재:

세미나 이름	세미나 날짜
--------	--------

권투 선수 또는 종합 격투기 선수에게 나타나는 유해한 신경학적 증상을 인지하기 위해 획득한 기타 경험 및 훈련 항목을 기재

과정 수료증 또는 기타 경험 및 훈련 증명서를 첨부하십시오.

5) *프로 권투 선수, 종합 격투기 선수, 매니저, 세컨드, 트레이너, 프로모터, 매치메이커 또는 그러한 개인/기관 또는 승인 조직 또는 뉴욕 주 체육 위원회의 직원과 관련이 있거나 개인적인 관계가 있습니까?

예 아니요 “예”인 경우, 이름을 기재:

프로 격투기 공식 면허 신청서(주심, 심판 또는 계시원 면허)

6) *격투기 관련 이력서 사본과 추천인 목록을 제출하십시오. 각 추천인의 주간 전화번호와 이메일 주소를 추가하십시오.

재무 정보

1) *프로 권투 선수, 종합 격투기 선수, 매니저, 세컨드, 트레이너, 프로모터, 매치메이커 또는 그러한 개인/기관 또는 승인 조직의 직원과 재무적 이해관계가 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우, 다음 정보를 기재하십시오.

성명	재무적 이해관계에 대한 설명
----	-----------------

2) *현재 귀하에 대하여 처리되지 않은 최종 판결이 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우 자세한 설명을 기재하십시오.

공유하고자 하는 기타 서류를 첨부하십시오.

3) *조세 관할권에 대하여 미납하신 세금이 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우 자세한 설명을 기재하십시오.

공유하고자 하는 기타 서류를 첨부하십시오.

4) *중지 또는 취소되고 회복되지 않은 기타 면허 또는 보증 증서가 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우 자세한 설명을 기재하십시오.

공유하고자 하는 기타 서류를 첨부하십시오.

5) *파산 절차를 앞둔 채무자이십니까?

예 아니요 "예"인 경우 자세한 설명을 기재하십시오.

공유하고자 하는 기타 서류를 첨부하십시오.

6) *지난 12 개월 동안 파산 면책되신 적이 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우 자세한 설명을 기재하십시오.

공유하고자 하는 기타 서류를 첨부하십시오.

7) *지난 36 개월 동안 파산 면책이 거부되신 적이 있습니까?

예 아니요 "예"인 경우 자세한 설명을 기재하십시오.

공유하고자 하는 기타 서류를 첨부하십시오.

프로 격투기 공식 면허 신청서(주심, 심판 또는 계시원 면허)

의료 정보(주심 및 심판 면허 신청자의 경우)

(면허에 필요하지 않은 의료 검사 결과는 제출하지 마십시오.)

- 1) 뉴욕에서 프로 권투 또는 종합 격투기 심판 또는 주심 면허를 취득하려면 면허 소지 안과 의사 또는 검안사의 동공확대 안과 검사 결과를 제출해야 합니다. 이 검사는 면허 날짜로부터 1년 내에 실시된 것이어야 합니다.
 본인은 본인의 동공확대 안과 검사 결과 사본을 첨부하였습니다.
- 2) 뉴욕에서 프로 권투 또는 종합 격투기 주심 면허를 취득하려면, 심전도 검사(EKG -12 리드) 결과를 제출해야 합니다.
 본인은 본인의 심전도 검사 결과 사본을 첨부하였습니다.
- 3) 뉴욕에서 프로 권투 또는 종합 격투기 심판 또는 주심 면허를 취득하려면 면허 소지 의사의 신체검사 결과를 제출해야 합니다. 귀하와 담당 의사는 심판 또는 주심 면허를 위한 NYSAC 이력 및 신체검사 기록을 작성해야 합니다.
 본인의 이력 및 신체검사 양식 사본을 첨부하였습니다.
- 4) 뉴욕에서 프로 권투 또는 종합 격투기 주심 면허를 취득하려면, 다음의 혈액 검사 결과를 제출해야 합니다. 이러한 혈액 검사는 면허 날짜로부터 1년 내에 실시된 것이어야 합니다.
 본인은 본인의 B형 간염 표면 항원 혈액 검사 결과 사본을 첨부하였습니다.
 본인은 본인의 C형 간염 항체 혈액 검사 결과 사본을 첨부하였습니다.
 본인은 본인의 HIV 혈액 검사 결과 사본을 첨부하였습니다.

확인 진술서

1) *자녀 양육비 진술서:

본인은 신청서 일자를 기준으로 자녀 양육비 지급 의무가 없다는 사실 또는 자녀 양육비 지급 의무가 있다면, 자녀 양육비 지급이 4개월 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 생활보조금(SSI) 수령자라는 사실을 확인합니다.

본인은 자녀 양육비 진술서를 읽고 이해했으며 해당 사항을 준수하고 있음을 증명합니다.

2) *법, 규칙 및 정책(www.dos.ny.gov/athletic 에서 참조):

본인은 본인의 면허 분야에 해당되는 뉴욕 주 및 뉴욕 주 체육 위원회의 법, 규칙 및 정책을 준수할 책임이 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

3) *신청 확인서:

아래 서명한 본인은 필수 수수료 지불했고 뉴욕 주 법과 뉴욕 주 체육 위원회의 규칙 및 규정에 따라 신청서를 제출합니다. 본인은 뉴욕 주 국무부(Department Of State), 뉴욕 주 체육 위원회가 본 신청서를 검토 후 승인 또는 거부할 수 있으며, 본 신청서의 제출로 인해 면허가 요구되는 활동을 수행할 권리 또는 권한이 부여되는 것은 아님을 이해합니다. 본인은 위증 시 처벌을 받는 조건 하에 본 신청서의 정보가 사실임을 확인합니다. 본인은 허위 정보 제공 시 형사적, 행정적 처벌을 받을 수 있음을 이해하고 수락합니다. 본인은 또한 제공된 정보가 변경될 경우, 본 면허 신청서를 즉시 수정하고 수정한 신청서를 뉴욕 주 국무부, 주 체육 위원회에 제출해야 함을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 본 신청서에 따라 발급된 어떠한 면허도 양도할 수 없음을 이해합니다.

신청자 성명(정자체)

X

신청자 서명

날짜

다음 서류를 신청서와 함께 첨부하십시오.

- 정부에서 발생한 유효한 사진 신분증 사본
- 본 신청서의 "기본 정보" 및 "재무 정보" 섹션에 있는 질문에 대한 귀하의 응답을 뒷받침하는 서류
- 귀하의 경험을 입증하는 아마추어 승인 조직 및 체육 위원회의 추천서
- ABC에서 승인한 주심, 심판 또는 계시원 훈련 과정 수료증
- 뉴욕 주 체육 위원회가 지정한 의사가 진행한 신경학 세미나 수료증 또는 권투 선수 또는 종합 격투기 선수에게 나타나는 유효한 신경학적 증상 인지에 대한 경험/훈련 관련 기타 증명서(주심 신청자의 경우)
- 격투기 이력서 및 추천인 목록(연락처 포함)
- 이력 및 신체검사 기록(주심 및 심판 신청자의 경우)
- 검사 날짜가 명시된 의료 검사 결과(주심 및 심판 신청자의 경우)
- 의료 정보 공개 양식(주심 및 심판 신청자의 경우)
- HIPAA 공개서(주심 및 심판 신청자의 경우)
- 권투 주심 또는 심판 면허 신청 수수료 \$50.00(수표 또는 우편환으로 지불)
- 권투 계시원 면허 신청 수수료 \$10.00(수표 또는 우편환으로 지불)
- 종합 격투기 주심 또는 심판 면허 신청 수수료 \$100.00(수표 또는 우편환으로 지불)
- 종합 격투기 계시원 면허 신청 수수료 \$40.00(수표 또는 우편환으로 지불)



의료 정보 공개

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

본인은 이로써 뉴욕 주 체육위원회(New York State Athletic Commission)에서 공식 기록부, 본인의 격투기 프로선수 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 격투기 프로선수 면허 소지와 관련된 기타 모든 정보를 권투위원회 협회(ABC)와 관련된 기타 다른 위원회 또는 프로그램에 제출, 공개, 비치할 수 있는 권한을 허가합니다.

본인은 의료 정보공개서에 서명하는 것이 선택 사항이며, 이를 거부함으로써 인해 뉴욕 주 체육위원회 또는 ABC와 관련된 기타 회원 위원회에서 본인에 대한 악의적인 조치를 취하지 않을 것임을 이해하며 이에 동의합니다.

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

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

신청자 이름(정자체)

신청자 연방 I.D. #

신청자 서명

서명 일자



HIPAA 에 따른 의료 정보 공개 허가서

환자 이름	생년월일	소셜 시큐리티 번호
환자 주소		환자 전화번호

본인 또는 본인의 법적 대리인은 본인의 관리 및 치료와 관련된 의료 정보를 이 양식에 설명되어 있는 대로 공개할 것을 요청합니다. 뉴욕 주 법(New York State Law) 및 1996 년 건강 보험 이동 및 책임법의 개인 정보 보호 규정(Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)) 에 따라 본인은 다음 내용을 이해합니다.

- 이 허가에는 9(A)항에 해당하는 칸에 본인의 이니셜을 기재할 경우에만 심치치료 진료서를 제외한 **알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료**와 관련된 정보 및 **기밀 HIV* 관련 정보**의 공개가 포함됩니다. 이러한 종류의 의료 정보가 아래 기재된 의료 정보에 포함될 경우, 본인은 9(a)항에 해당하는 상자에 이니셜을 기재하고, 8 항에 표시된 개인에게 해당 의료 정보를 공개하는 것을 허용합니다.
- 본인이 HIV 관련, 알코올 및 약물 치료, 의료 치료 정보를 공개하는 것을 허용하면, 해당 정보의 수령인은 연방법 또는 주법에서 허용하지 않는 한 본인의 허가 없이 해당 정보를 공개할 수 없습니다. 본인은 허가 없이 본인의 HIV 관련 정보를 수령하고 이용할 수 있는 사람의 명단을 요청할 수 있는 권리를 보유하고 있다는 것을 알고 있습니다. HIV 관련 정보의 발표 또는 공개로 인해 차별을 겪는 경우, 본인은 뉴욕 주 인권부(New York State Division of Human Rights)에 (718) 741-8400 번 또는 뉴욕 시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 해당 기관은 본인의 권리 보호를 담당합니다.
- 본인은 아래 기재된 의료 제공자에게 서면으로 요청해 언제라도 해당 허가를 취소할 수 있는 권리가 있습니다. 본인은 이 허가를 근거로 이미 취해진 조치를 제외하고 해당 허가를 취소할 수 있다는 점을 이해합니다.
- 본인은 이 허가서에 자발적으로 서명했습니다. 본인의 치료, 지급 내용, 건강 보험 가입 여부, 혜택 수령 자격 등은 해당 의료 정보 공개 허가와 무관합니다.
- 이 허가서에 의해 공개된 정보는 정보 수령자에 의해서 재공개될 수 있으며(단, 2 항에 기재된 경우 제외), 재공개될 경우 해당 사항은 연방법 또는 주법에 따른 보호 대상이 될 수 없습니다.
- 본 허가서는 귀하가 본인의 의료 정보 또는 의료 치료를 9(b)항에 명시되어 있는 정부 기관 또는 변호인을 제외한 다른 사람에게 공개할 수 있는 권한을 허용하지 않습니다.**

7. 의료 정보를 공개하는 의료 제공자 또는 기관의 이름과 주소:	
8. 의료 정보를 수령할 사람(들) 또는 수령인 유형에 대한 이름 및 주소: New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038	
9(a). 공개할 특정 의료 정보: <input type="checkbox"/> 의료 기록 공개 기간(날짜 기재) ~ (날짜 기재) 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. <input type="checkbox"/> 기타: _____ 포함 내용: (이니셜로 기재) 알코올/약물 치료 정신 건강 정보 HIV 관련 정보 의료 정보 관련 논의 허가:	
(b) <input checked="" type="checkbox"/> 이니셜 기재 _____ 본인은 _____ 본인 이니셜 _____ 개별 의료 제공자 이름 _____	
(이) 가 본인의 의료 정보에 대해 여기에 기재된 정부 기관 또는 본인의 변호인과 논의하는 것을 허가합니다: New York State Athletic Commission (변호인/법률 사무소 이름 또는 정부 기관명)	
10. 정보 공개 사유: 개인의 요청 시 <input type="checkbox"/> 기타:	11. 이 허가가 종료되는 날짜 또는 사건: 이 일자로부터 1 년 후
12. 양식 서명자의 이름 (환자가 아닌 경우): 해당 사항 없음	13. 환자를 대리하여 서명하는 권한: 해당 사항 없음
본인은 이 양식의 모든 항목을 작성하고 양식에 관한 질문에 대해 답변을 들었습니다. 또한 본 양식의 사본을 받았습니다. 날짜: _____ (환자 또는 법적 대리인의 서명)	



심판 또는 주심 면허를 위한 이력 및 신체 검사 기록

섹션 1 — 주심 또는 심판 면허 신청자 작성 부분

주심 또한 EKG 추적, B형 간염 표면 항원, C형 간염 항체 및 HIV 혈액 검사 기록을 신청서와 함께 제출해야 합니다 **

1. 법적 성명	2. 자택 전화번호	3. 직장 전화번호
4. 거리 주소(자택)		
시	주	우편번호 +4
5. 생년월일	6. 전문 활동을 수행하기 위해 면허를 취득한 기타 주	

7. 미군에 복무한 적이 있습니까? 예* 아니요
 *의병제대한 경우, 사유 기재:
8. 호흡곤란, 가슴 두근거림(심계 항진), 가슴 통증 또는 압박 증상이 있거나 심장 질환이 있다는 진단을 받은 적이 있습니까? 예* 아니요
 **예"인 경우 구체적으로 기재:
9. 피를 토하거나 폐 질환이 있다는 진단을 받은 적이 있습니까? 예* 아니요
 **예"인 경우 구체적으로 기재:
10. X 선, 심전도 검사, 뇌전도 검사, 혈액 검사와 같은 특수 검사를 권고받은 적이 있습니까? 예* 아니요
 **예"인 경우 구체적으로 기재:
11. 골절이나 등, 목 또는 기타 부위의 부상을 겪은 적이 있습니까? 예* 아니요
 **예"인 경우 구체적으로 기재:
12. 지난 5년 동안 질환, 질병, 사고를 겪었거나 외과 수술을 받은 적이 있습니까? 예* 아니요
 **예"인 경우 구체적으로 기재:
13. 위의 질문에 포함되지 않았지만 과거 및 현재의 건강 상태와 관련한 기타 정보가 있습니까? 예* 아니요
 **예"인 경우 구체적으로 기재:

기타 의견:

□ 뒷면에 추가 의견을 기재하는 경우 이 상자에 체크 표시

신청자의 증명 — 본인은 상기의 진술 내용이 본인이 알고 있는 한도 내에서 정확하고 사실임을 증명합니다. 본인은 또한 본인의 모든 진술 및 정보가 위증을 할 경우 처벌을 받는다는 조건 하에서 제공되었으며 사실이 아니거나 정확하지 않은 경우, 처벌을 받거나 면허가 정지될 수 있음을 이해합니다.

X _____ 날짜 _____
 신청자 서명

X _____ 날짜 _____
 의사 서명

X _____ 날짜 _____
 감독자(의사)

섹션 2 — 심판/주심 신체 검사 — 검사 의사 작성 부분

1. VITAL SIGNS

A) BLOOD PRESSURE	B) PULSE (AT REST)	C) PULSE (AFTER 20 HOPS)	D) PULSE (2 MINUTES AFTER EXERCISE)
-------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------------

COMMENT _____

2. HEAD AND FACE (Describe scars, swelling, tenderness, etc.)

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

3. EYES (Dilated eye exam to be completed by an ophthalmologist or optometrist)

A) RETINA			<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED
B) CORNEA AND CONJUNCTIVEA			<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED
C) VISUAL ACUITY (SNELLEN CHART)	<u>RIGHT</u>	<u>LEFT</u>		<u>RIGHT</u>	<u>LEFT</u>
	UNCORRECTED:			CORRECTED:	
D) SACCADES	HORIZONTAL		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED
	VERTICAL		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED

Name of Ophthalmologist or Optometrist (PRINT): _____

Signature of Ophthalmologist or Optometrist: **X** _____ Date: _____

Office Address: _____

Office Telephone Number: _____

4. EARS (Including tympanic membrane, external auditory canals, auditory acuity for conversational voice)

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

5. NOSE

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

6. OROPHARYNX

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

7. NECK

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

8. LUNGS

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

9. THORAX/CHEST

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

10. HEART

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

11. ABDOMEN and INGUINAL AREA

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

12. BACK and SPINE

NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

SECTION 2 CONTINUED— TO BE COMPLETED BY EXAMINING PHYSICIAN

13. EXTREMITIES/MUSCULOSKELETAL SYSTEM

- A) SHOULDERS LEFT RIGHT NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED
- B) ELBOWS LEFT RIGHT NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED
- C) KNEES LEFT RIGHT NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED
- D) ANKLES LEFT RIGHT NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

14. SKIN NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

15. LYMPHATIC SYSTEM NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

16. NERVOUS SYSTEM NORMAL ABNORMAL NOT EXAMINED

SUMMARIZE ALL POSITIVE FINDINGS, IF ANY, AND INDICATE YOUR CLINICAL INTERPRETATION OF THIS DATA

RECOMMENDATIONS FOR FURTHER SPECIALIZED EXAMINATION AND/OR CONSULTATION

OTHER REMARKS

Physician's Certification — I hereby certify that I have examined (*print full legal and ring name of applicant*)

on this day, (insert date) _____, and I Approve Disapprove this applicant for Judge/Referee

If disapproved, provide reason(s) for disapproval: _____

Name of Physician (PRINT): _____

Signature of Physician: **X** _____

Office Address: _____

If physical was not conducted at the office listed above, specify location/address: _____

Office Telephone Number: _____