

طلب الأهلية لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء (Living Donor Support Program Eligibility Application) طلب المتلقي (Recipient Application)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

نظرة عامة والأهلية: يساعد برنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية نيويورك المتبرعين بالأعضاء الحية المؤهلين في نفقات السفر والإقامة والوجبات، والأجور المفقودة أو تكلفة الوقت الضائع، ونفقات رعاية المعالين، وبعض التكاليف الطبية غير المعوّض عنها والمرتبطة بعملية التبرع الحي. لتقديم طلب المشاركة في البرنامج، سيتعيّن على المتبرع إكمال الأقسام المخصصة له في نموذج الطلب وإرفاق نُسخ من المستندات المعتمدة لإثبات الإقامة بولاية نيويورك. يجب تحديد الأهلية لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء قبل إجراء الجراحة.

يتضمن جزء من طلب المتبرع الحي قسمًا يجب على المتلقي إكماله وإرفاق نُسخ من المستندات المعتمدة لإثبات إقامته بولاية نيويورك أيضًا.

التعليمات

1. أكمل طلب المتلقي، وتأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة.
2. أرفق إثباتًا بإقامتك في ولاية نيويورك. يشترط وجود إثباتين مختلفين لمحل الإقامة الحالي. يجب أن تكون الإثباتات مؤرخة في غضون آخر 90 يومًا من تقديم الطلب. يجب أن تُظهر المستندات المقدمة لإثبات محل الإقامة بولاية نيويورك كلاً من الاسم الكامل للمتلقي من المتبرع الحي ومحل إقامته الحالي. انظر أدناه للاطلاع على قائمة معتمدة بمستندات الإقامة:
 - خطاب الإقامة
 - قسائم شيكات البطالة
 - فواتير الضرائب العقارية
 - بيانات الإيجار أو الرهن العقاري
 - بطاقة تسجيل الناخب
 - فواتير الهاتف
 - قسيمة راتب من جهة عمل
 - نموذج W2 أو 1099
 - فواتير المرافق
 - المتلقي
 - بيانات الضمان الاجتماعي أو الإعاقة
 - الإقرارات الضريبية
 - كشوف الحساب البنكي أو بيانات الاستثمار
3. بمجرد إكمال الطلب، قدّمه ومعه المرفقات والإقرار الموقع إلى الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي زراعة الأعضاء الخاص بك الذي سيراجع الطلب ويقدمه إلى برنامج دعم المتبرعين الأحياء نيابةً عنك. يرجى عدم إرساله مباشرةً إلى برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

هل توجد أي أسئلة؟

يرجى التواصل مع الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي زراعة الأعضاء المعيّن لك في مركز زراعة الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو طلب توضيح شيء ما. يمكنك أيضًا التواصل مع برنامج دعم المتبرعين الأحياء على الرقم 408-3431 (518) أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على الرابط LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

برنامج دعم المتبرعين الأحياء: طلب المتلقي

معلومات بشأن المتلقي

التعليمات: يجب إكماله من قبل المتلقي النهائي المقصود التابع لمقدم الطلب للمتبرع وتقديمه إلى مركز زراعة الأعضاء قبل الجراحة.

تاريخ الميلاد	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول للمتبرع الحي

عنوان محل الإقامة الرئيسي للمتلقي:

هل تقيم مع المتبرع الحي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال عنوانك الفعلي أدناه:

العنوان 1:

العنوان 2:

المدينة:

الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف المفضل: _____

رقم الهاتف البديل: _____

البريد الإلكتروني: _____

يلزم وجود مستندين يدعمان الإقامة بولاية نيويورك في وقت تقديم الطلب. انظر الصفحة 1 للاطلاع على المستندات المقبولة. يرجى توضيح المستندين اللذين سترفقهما فيما يلي:

1. _____

2. _____

البيانات الديموغرافية للمتلقي

لفهم طبيعة السكان الذين يخدمهم برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك بشكل أفضل، نرجو منك إكمال القسم التالي. لن تؤثر إجاباتك عن الأسئلة التالية في أهلية البرنامج أو قرارات التعويض.

الجنس: ذكر أنثى غير ذلك: _____العرق/الإثنية: ذو بشرة بيضاء، ليس من أصل إسباني ذو بشرة سمراء، ليس من أصل إسباني من أصل إسباني/لاتيني غير معروف/غير ذلك آسيوي، ليس من أصل إسباني هندي أمريكي/من مواطني ألاسكا الأصليين، ليس من أصل إسباني من سكان جزر المحيطالهادئ، ليس من أصل إسباني متعدد الأعراق، ليس من أصل إسبانيالتعليم: أقل من المدرسة الثانوية خريج مدرسة ثانوية/شهادة التعليم العام مدرسة فنية/تجارية بعض التعليمالجامعي شهادة جامعية لمدة سنتين شهادة جامعية لمدة 4 سنوات ما بعد الكلية لمدة 4 سنوات

العضو الذي ستتلقاه من المتبرع الحي الذي تقدم بطلب المشاركة في برنامج دعم المتبرعين الأحياء:

الكلية الكبد غير ذلك، يرجى التحديد: _____

اسم المتبرع الحي المحتمل: _____

هل طلب أي من المتبرعين الأحياء المحتملين الآخرين تعويضاً من برنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية

نيويورك للتبرع لك قبل التقدم بطلب المتبرع هذا؟ نعم لاهل أنت تخضع حالياً للغسيل الكلوي؟ نعم لا

الاسم مكتوب بأحرف واضحة: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____

Application #:

Applicant #:

نموذج إقرار المتلقي

تعليمات المتلقي: اكتب اسمك في المساحة الفارغة بالقرب من الجزء العلوي، واقرأ العبارات، وقم بالتوقيع باسمك في الأسفل.

أقر أنا، _____، بصفتي المتلقي من أحد المتبرعين الأحياء المحتملين بأعضائهم، بأنني قد قدمت، بصدق وبشكل كامل، جميع المعلومات المطلوبة في طلب الأهلية.

- لقد أخبرني موظفو مركز زراعة الأعضاء بما يمثل عوضًا عادلًا (valuable consideration)، وعلى حد علمي، أنا ممثّل امتثالاً كاملاً بالقسم 301 من (42 U.S.C. §274e) NOTA، الذي ينص، جزئيًا، على أنه لا يجوز قانونًا لأي شخص الحصول عمدًا على أي عضو بشري أو تلقيه أو نقله بطريقة أخرى مقابل عوض عادل من أجل استخدامه في زراعة الأعضاء البشرية.

- لم يكن قراري بالخضوع لعملية التبرع الحي بالأعضاء بدافع تبادل أي عوض عادل.

- ليس لديّ أي معلومات تشير إلى تبادل أي عوض عادل فيما يتعلق بإجراء التبرع هذا.

- أدرك أن برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك لا يمكنه، بموجب قانون الولاية، تعويض أي متبرع بالأعضاء الحية عن الأجور المفقودة وتكاليف السفر والنفقات المؤهلة الأخرى إذا تلقى المتبرع، أو كان ينبغي له تلقي، تعويض عن تلك النفقات من جهة دفع خارجية، مثل بوليصة تأمين، أو استحقاقات جهة العمل، أو برنامج التعويضات التابع للولاية، أو برنامج المزايا الصحية الفيدرالي أو التابع للولاية، أو أي جهة تقدم تأمينًا صحيًا على أساس الدفع المسبق.

- أُمِنح الإذن لمركز زراعة الأعضاء بمشاركة معلوماتي مع برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك لأغراض التحقق من صحة المعلومات، و/أو تحديد أهلية البرنامج، و/أو التعويض.

- أُمِنح الإذن لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك بتبادل الحد الأدنى من المعلومات الضرورية مع أي جهة دفع خارجية محددة من قبل المتلقي أو مركز زراعة الأعضاء عند الحاجة إلى مراجعتها أو لأغراض التحقق من صحتها.

بالتوقيع على هذا النموذج، أصرح، تحت طائلة عقوبة الحنث في اليمين بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية، بأن جميع المعلومات التي قدمتها حقيقة وصحيحة ومكتملة. أدرك أيضًا أن القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية قد تنص على عقوبات بالغرامة و/أو السجن، أو رفض المساعدة في التعويض المطلوب إذا لم أقل الحقيقة عند التقدم بطلب المساعدة ضمن برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك أو إذا أخفيت أي حقائق بشأن المعلومات المذكورة في عملية الطلب، أو امتنعت عن الإفصاح عنها.

توقيع المتلقي: _____ التاريخ: _____

توقيع مقدم الطلب لمركز زراعة الأعضاء: _____ التاريخ: _____

الاسم الكامل لمقدم الطلب: _____

المسمى الوظيفي لمقدم الطلب: _____

رقم هاتف مقدم الطلب: _____

البريد الإلكتروني لمقدم الطلب: _____