

Solicitud de elegibilidad para el Programa de Apoyo para Donantes Vivos (Living Donor Support Program Eligibility Application) Solicitud del receptor (Recipient Application)

Descripción general y elegibilidad: El Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York ayuda a los donantes vivos elegibles de órganos con los gastos de viaje, alojamiento y comidas, con los salarios no percibidos o el costo del tiempo perdido, con los gastos de cuidado de dependientes y con ciertos gastos médicos no reembolsados asociados con el proceso de donación en vida. Para presentar la solicitud, el donante deberá completar las secciones que le correspondan y adjuntar copias de los documentos aprobados para demostrar su residencia en el Estado de Nueva York. La elegibilidad para el Programa de Apoyo para Donantes Vivos debe determinarse antes de la cirugía.

Como parte de la solicitud del donante vivo, se incluye una sección que el receptor debe completar y acompañar con copias de los documentos aprobados que también demuestren su residencia en el Estado de Nueva York.

INSTRUCCIONES

1. Complete la solicitud del receptor y asegúrese de responder todas las preguntas obligatorias.
2. Adjunte el comprobante de su residencia en el Estado de Nueva York. Se requieren dos comprobantes diferentes de residencia actual. Los comprobantes deben tener fecha dentro de los 90 días previos a la presentación de la solicitud. Los documentos presentados para demostrar la residencia en el Estado de Nueva York deben mostrar el nombre completo del receptor del donante vivo y su domicilio actual. A continuación, se incluye una lista aprobada de documentos de residencia:
 - Carta de residencia
 - Estados de cuenta de alquiler o hipoteca
 - Recibo de sueldo de su empleador
 - Estados de cuenta bancarios o de inversiones
 - Talones de cheques de desempleo
 - Tarjeta de inscripción en el registro electoral
 - W2 o 1099
 - Declaraciones de Seguro Social o discapacidad
 - Facturas de impuestos inmobiliarios
 - Facturas telefónicas
 - Facturas de servicios públicos
 - Declaraciones de impuestos
3. Una vez completada, entregue la solicitud, incluidos los documentos adjuntos y la declaración jurada firmada, a su trabajador social o profesional de trasplantes, quien revisará y enviará la solicitud al Programa de Apoyo para Donantes Vivos en su nombre. No la envíe directamente al Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Comuníquese con su trabajador social designado o con el profesional de trasplantes del centro de trasplantes si necesita ayuda o aclaraciones. También puede comunicarse con el Programa de Apoyo para Donantes Vivos, llamando al (518) 408-3431 o escribiéndonos a LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

PROGRAMA DE APOYO PARA DONANTES VIVOS: Solicitud del receptor**INFORMACIÓN DEL RECEPTOR**

Instrucciones: Debe completarla el receptor final previsto del donante vivo y debe presentarse en el centro de trasplantes antes de la cirugía.

Nombre del receptor del donante vivo	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

Domicilio principal del receptor: _____

¿Vive usted con el donante vivo? Sí No Si la respuesta es negativa, indique su domicilio físico a continuación:

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de preferencia: _____ **Teléfono alternativo:** _____

Correo electrónico: _____

Se requieren dos documentos que acrediten la residencia en el Estado de Nueva York al momento de presentar la solicitud. *Consulte la página 1 para ver los documentos aceptados.* Indique a continuación qué dos documentos adjuntará:

1. _____ 2. _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL RECEPTOR

Con el fin de comprender mejor a la población que recibe los servicios del Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York, le solicitamos que complete la siguiente sección. Sus respuestas no influyen en la elegibilidad para el programa ni en las decisiones de reembolso.

Género: Masculino Femenino Otro: _____

Raza/origen étnico: Blanco, no hispano Negro, no hispano Hispano/latino Desconocido/otro
 Asiático, no hispano Indígena estadounidense/nativo de Alaska, no hispano
 Isleño del Pacífico, no hispano Multirracial, no hispano

Educación: Menos que escuela secundaria Graduado de escuela secundaria/GED
 Escuela técnica o de oficios Algunos estudios universitarios Título universitario de 2 años
 Título universitario de 4 años Estudios posteriores a un título universitario de 4 años

Órgano que recibirá del donante vivo que solicita el Programa de Apoyo para Donantes Vivos:

Riñón Hígado Otro, especifique: _____

Nombre del posible donante vivo: _____

¿Algún otro posible donante vivo solicitó antes el reembolso del Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York para realizarle una donación? Sí No

¿Actualmente recibe diálisis? Sí No

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECEPTOR

Instrucciones para el receptor: Escriba su nombre en el espacio en blanco cercano a la parte superior, lea las declaraciones y firme al final.

Yo, _____, como posible receptor de un órgano de un donante vivo, he proporcionado toda la información solicitada en la solicitud de elegibilidad de manera veraz y completa.

- El personal del centro de trasplantes me informó en qué consiste la compensación de valor (valuable consideration) y, según mi entender, cumplo plenamente con la Sección 301 de NOTA (42 U.S.C. § 274e), que establece, entre otras disposiciones, que ninguna persona puede adquirir, recibir ni transferir a sabiendas ningún órgano humano a cambio de una compensación de valor para su uso en un trasplante humano.
- Mi decisión de someterme a una donación de órgano en vida no estuvo motivada por el intercambio de ninguna compensación de valor.
- No poseo información que indique que exista intercambio de compensación de valor en relación con este procedimiento de donación.
- Comprendo que el Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York, conforme a la ley estatal, no puede reembolsar a ningún donante vivo de órganos los salarios no percibidos, los gastos de viaje u otros gastos calificados si el donante ha recibido o debería recibir reembolso por esos gastos a través de un tercero pagador, como una póliza de seguro, un beneficio del empleador, un programa estatal de compensación, un programa federal o estatal de beneficios de salud o una entidad que brinde cobertura de salud prepagada.
- Autorizo al centro de trasplantes a compartir mi información con el Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York con fines de verificación de información, determinación de elegibilidad para el programa o procesamiento de reembolsos.
- Autorizo al Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York a intercambiar la información mínima necesaria con cualquier tercero pagador identificado por el receptor o el centro de trasplantes cuando sea necesario para fines de revisión o verificación.

Al firmar este formulario, declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes federales y estatales, que toda la información que he brindado es verdadera, es correcta y está completa. Además, comprendo que las leyes federales y estatales pueden imponer sanciones económicas o penas de prisión, o bien la denegación de la asistencia solicitada, si no apporto información cierta al solicitar asistencia en el marco del Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York o si oculto o no revelo datos relativos a la información suministrada durante el proceso de solicitud.

Firma del receptor: _____ Fecha: _____

Firma de la persona del centro de trasplantes que presenta la solicitud: _____ Fecha: _____

Nombre completo de quien presenta la solicitud: _____

Cargo de quien presenta la solicitud: _____

Número de teléfono de quien presenta la solicitud: _____

Correo electrónico de quien presenta la solicitud: _____