

## **Demande d'admissibilité au Programme de soutien aux donneurs vivants (Living Donor Support Program Eligibility Application)** Demande du receveur (Recipient Application)

**Aperçu et admissibilité :** Le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York aide les donneurs d'organes vivants admissibles à couvrir leurs frais de déplacement, d'hébergement et de repas, leurs pertes de salaires ou le coût du temps perdu, les frais de garde des personnes à charge et certains frais médicaux non remboursés liés au processus de don d'organe prélevé sur un donneur vivant. Pour postuler, le donneur devra remplir les sections qui lui sont réservées dans le formulaire de demande et joindre des exemplaires des documents approuvés prouvant sa résidence dans l'État de New York. L'admissibilité au Programme de soutien aux donneurs vivants doit être déterminée avant l'intervention chirurgicale.

Une partie du formulaire de demande du donneur vivant comprend une section que le receveur doit remplir et à laquelle il doit joindre des exemplaires des documents approuvés prouvant également sa résidence dans l'État de New York.

### **INSTRUCTIONS**

1. Remplissez le formulaire de demande du receveur, en veillant à répondre à toutes les questions obligatoires.
2. Joignez une preuve de votre résidence dans l'État de New York. Deux preuves différentes de résidence actuelle sont requises. Les preuves doivent être datées des 90 derniers jours précédant le dépôt de la demande. Les documents présentés pour prouver la résidence dans l'État de New York doivent indiquer le nom complet du receveur du donneur vivant et son lieu de résidence actuel. Vous trouverez ci-dessous la liste des documents de résidence approuvés :
  - Attestation de résidence
  - Relevés hypothécaires ou bail actuel
  - Fiche de paie de l'employeur
  - Relevés bancaires ou relevés d'investissement
  - Talons de chèque de chômage
  - Carte d'électeur
  - W2 ou 1099
  - Relevés de sécurité sociale ou d'invalidité
  - Avis d'impôt foncier
  - Factures de téléphone
  - Factures de services publics
  - Déclarations fiscales
3. Une fois la demande remplie, remettez-la, accompagnée des pièces jointes et de l'attestation signée, à votre travailleur social ou à votre professionnel de la transplantation, qui l'examinera et le soumettra au Programme de soutien aux donneurs vivants pour vous. Veuillez ne pas l'envoyer directement au Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

### **VOUS AVEZ DES QUESTIONS?**

Si vous avez besoin d'aide ou d'éclaircissements, veuillez contacter votre travailleur social attitré ou le professionnel chargé des transplantations au centre de transplantation. Vous pouvez également contacter le Programme de soutien aux donneurs vivants au (518) 408-3431 ou par courriel à l'adresse [LivingDonor@health.ny.gov](mailto:LivingDonor@health.ny.gov).

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**PROGRAMME DE SOUTIEN AUX DONNEURS VIVANTS : demande du receveur****INFORMATIONS DU RECEVEUR**

**Instructions :** À remplir par le receveur final du donneur vivant et à soumettre au centre de transplantation avant l'intervention chirurgicale.

Prénom du receveur du donneur vivant	Initiale du second prénom	Nom	Date de naissance

Adresse du domicile principal du receveur : \_\_\_\_\_

Vivez-vous avec le donneur vivant?  Oui  Non Si non, veuillez indiquer votre adresse physique ci-dessous :

Adresse 1 : \_\_\_\_\_

Adresse 2 : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone préféré : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Deux documents attestant de la résidence dans l'État de New York sont requis au moment du dépôt de la demande. Voir la page 1 pour les documents acceptés. Veuillez indiquer ci-dessous les deux documents que vous joindrez :

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES RECEVEURS**

Afin de mieux comprendre la population desservie par le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York, nous vous demandons de bien vouloir remplir la section suivante. Vos réponses aux questions ci-dessous n'ont aucune incidence sur l'admissibilité au programme ou les décisions de remboursement.

**Genre :**  Masculin  Féminin  Autre : \_\_\_\_\_

**Race/Ethnicité :**  Blanc, non hispanique  Noir, non hispanique  Hispanique/Latino  Inconnu/Autre  
 Asiatique, non hispanique  Amérindien/Autochtone d'Alaska, non hispanique  
 Insulaire du Pacifique, non hispanique  Multiracial, non hispanique

**Éducation :**  Moins que le niveau secondaire  Diplômé du secondaire/GED  École technique/professionnelle  
 Études universitaires partielles  Diplôme universitaire de 2 ans  Diplôme universitaire de 4 ans  
 Au-delà d'un diplôme universitaire de 4 ans

**Organe que vous recevrez d'un donneur vivant participant au Programme de soutien aux donneurs vivants :**

Rein  Foie  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Nom du donneur vivant potentiel :** \_\_\_\_\_

**D'autres donneurs vivants potentiels ont-ils demandé un remboursement au Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York afin de vous faire un don avant la demande de ce donneur?**  Oui  Non

**Êtes-vous actuellement sous dialyse?**  Oui  Non

**Nom en caractères d'imprimerie :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY****Application #:****Applicant #:****FORMULAIRE D'ATTESTATION DU RECEVEUR**

**Instructions pour le receveur :** Inscrivez votre nom dans l'espace prévu à cet effet en haut du document, lisez attentivement les déclarations, puis signez en bas du document.

Je soussigné, \_\_\_\_\_, en tant que receveur potentiel d'un don d'organe vivant, ai fourni de manière véridique et complète toutes les informations demandées dans la demande d'admissibilité.

- Le personnel du centre de transplantation m'a informé de ce qui constitue une contrepartie de valeur (valuable consideration) et, d'après ce que j'ai compris, je me conforme pleinement à la Section 301 de la NOTA (42 U.S.C. §274e), qui stipule, en partie, qu'il est illégal pour toute personne d'acquérir, de recevoir ou de transférer sciemment un organe humain en échange d'une contrepartie de valeur en vue de l'utiliser dans le cadre d'une transplantation humaine.
- Ma décision de subir un don d'organe de mon vivant n'a pas été motivée par l'échange d'une contrepartie de valeur.
- Je ne dispose d'aucune information indiquant qu'une contrepartie de valeur est échangée dans le cadre de cette procédure de don.
- Je comprends que le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York, en vertu de la loi de l'État, ne peut rembourser à aucun donneur d'organe vivant les salaires perdus, les frais de déplacement et autres dépenses admissibles si le donneur a reçu ou devrait recevoir le remboursement de ces dépenses de la part d'un tiers payeur tel qu'une police d'assurance, une prestation d'employeur, un programme d'indemnisation de l'État, un programme fédéral ou étatique de prestations de santé, ou une entité qui fournit une assurance maladie sur une base prépayée.
- J'autorise le centre de transplantation à partager mes informations avec le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York à des fins de vérification des informations, de détermination de l'admissibilité au programme et/ou de remboursement.
- J'autorise le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York à échanger les informations minimales nécessaires avec tout tiers payeur identifié par le receveur ou le centre de transplantation lorsque cela est nécessaire à des fins d'examen ou de vérification.

En signant ce formulaire, je déclare, sous peine de parjure en vertu des lois fédérales et étatiques, que toutes les informations que j'ai fournies sont véridiques, exactes et complètes. Je comprends également que les lois fédérales et étatiques peuvent prévoir des sanctions sous forme d'amendes et/ou d'emprisonnement ou le refus de l'aide au remboursement demandée si je ne dis pas la vérité lorsque je demande une aide dans le cadre du Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York ou si je dissimule ou omets de divulguer des faits concernant les informations fournies dans le cadre de la procédure de demande.

**Signature du receveur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du déposant de la demande auprès du centre de transplantation :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom complet du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_

**Titre du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_

**Adresse de courriel du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_