

Descrizione e idoneità: Il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York aiuta i donatori di organi viventi idonei a far fronte alle spese di viaggio, alloggio e vitto, al mancato guadagno o al costo del tempo perso, oltre alle spese per l'assistenza a persone a carico e alcune spese mediche non rimborsate associate al processo di donazione da vivente. Ai fini della domanda, il donatore dovrà compilare le sezioni designate dell'apposito modulo e allegare copie dei documenti approvati che ne attestino la residenza nello Stato di New York. L'idoneità al Programma di sostegno per donatori viventi deve essere stabilita prima dell'intervento chirurgico.

La domanda del donatore vivente prevede una sezione che il ricevente dovrà compilare e alla quale dovrà allegare copie dei documenti approvati che ne attestino la residenza nello Stato di New York.

ISTRUZIONI

1. Compilare la domanda del ricevente, avendo cura di rispondere a tutte le domande pertinenti.
2. Allegare l'attestazione di residenza nello Stato di New York. Devono essere presentati due diversi documenti che attestino la residenza attuale. Tali documenti devono riportare una data non superiore a 90 giorni prima della presentazione della domanda. I documenti presentati per dimostrare la residenza nello Stato di New York devono riportare sia il nome completo del donatore vivente, sia quello del ricevente, sia la loro residenza attuale. Di seguito viene riportato l'elenco approvato dei documenti attestanti la residenza:
 - Certificato di residenza
 - Contratto di locazione o estratto conto del mutuo
 - Busta paga rilasciata dal datore di lavoro
 - Estratti conto bancari o di investimenti
 - Indennità di disoccupazione
 - Scheda elettorale
 - Modulo W2 o 1099
 - Numero di previdenza sociale o certificato di invalidità
 - Ricevute di pagamento imposte sugli immobili
 - Bollette telefoniche
 - Bollette di utenze
 - Dichiarazioni dei redditi
3. Consegnare la domanda debitamente compilata, compresi gli allegati e l'attestazione firmata, all'assistente sociale o al responsabile dei trapianti, che provvederà a esaminarla e la invierà per conto dell'interessato al Programma di sostegno per donatori viventi. Le ricordiamo di non inviare la domanda direttamente al Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

DOMANDE?

Per informazioni o chiarimenti rivolgersi all'assistente sociale o al responsabile dei trapianti designato presso il centro trapianti. È anche possibile contattare il Programma di sostegno per donatori viventi chiamando il numero (518) 408-3431 o inviando un'email a LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

PROGRAMMA DI SOSTEGNO PER DONATORI VIVENTI: Domanda del ricevente**INFORMAZIONI PER IL RICEVENTE**

Istruzioni: Da compilare a cura del ricevente finale da donatore vivente che presenta la domanda e da inviare al centro trapianti prima dell'intervento chirurgico.

Nome del ricevente da donatore vivente	Iniziale secondo nome	Cognome	Data di nascita

Indirizzo di residenza principale del ricevente: _____

Vive con il donatore vivente? Sì No In caso negativo, indicare qui di seguito l'indirizzo effettivo:

Indirizzo 1: _____

Indirizzo 2: _____

Città: _____ **Stato:** _____ **Codice postale:** _____

Numero di telefono principale: _____ **Altro numero di telefono:** _____

E-mail: _____

Contestualmente alla domanda devono essere allegati due documenti che attestino la residenza nello Stato di New York. Per informazioni sui documenti accettati vedere pagina 1. Indicare qui di seguito i due documenti che verranno allegati:

1. _____ 2. _____

DATI DEL RICEVENTE

Per comprendere meglio la popolazione cui si rivolge il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York, le chiediamo di compilare la sezione seguente. Le risposte alle domande seguenti non influiscono sull'idoneità al programma, né sulle decisioni relative ai rimborsi.

Genere: Maschile Femminile Altro: _____

Razza/Etnia: Bianca, non ispanica Nera, non ispanica Ispanica/Latina Non so/Altra
 Asiatica, non ispanica Indigena americana/nativa dell'Alaska, non ispanica
 Delle isole del Pacifico, non ispanica Multirazziale, non ispanica

Istruzione: Scuola media inferiore Diploma di scuola superiore/GED Scuola professionale
 College non completato Laurea biennale Laurea quadriennale Post-laurea quadriennale

Organo che riceverà da un donatore vivente che ha presentato domanda al Programma di sostegno per donatori viventi: Rene Fegato Altro, specificare: _____

Nome del potenziale donatore vivente: _____

Prima della richiesta di questo donatore, ci sono stati altri potenziali donatori viventi che hanno chiesto un rimborso al Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York per donare un organo a lei? Sì No

Attualmente è sottoposto a dialisi? Sì No

Nome in stampatello: _____

Firma: _____ **Data:** _____

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****MODULO DI ATTESTAZIONE DEL RICEVENTE**

Istruzioni per il ricevente: Scrivere il nome nello spazio vuoto in alto, leggere attentamente le dichiarazioni e firmare in fondo alla pagina.

Io sottoscritto, _____, in qualità di ricevente da un potenziale donatore vivente, dichiaro di aver fornito in modo veritiero e completo tutte le informazioni richieste nella domanda di idoneità.

- Il personale del centro trapianti mi ha informato in merito a ciò che costituisce "corrispettivo di valore" (valuable consideration) e, per quanto mi è dato di comprendere, ritengo di essere pienamente conforme alla Sezione 301 di NOTA (42 U.S.C. §274e), che stabilisce, in parte, che è illegale per qualsiasi persona acquistare, ricevere o trasferire consapevolmente qualsiasi organo umano a titolo oneroso per l'uso in trapianti umani.
- La mia decisione di sottopormi a donazione da vivente non è stata motivata dallo scambio di alcun corrispettivo di valore.
- Non dispongo di alcuna informazione che indichi che sia in corso uno scambio di corrispettivo di valore in relazione a questo processo di donazione.
- Sono consapevole che il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York, ai sensi della legge statale, non può rimborsare a nessun donatore vivente di organi le spese sostenute per il mancato guadagno, i viaggi e altre spese ammissibili nel caso in cui il donatore abbia ricevuto o dovrebbe ricevere il rimborso di tali spese da terzi pagatori, ad esempio, polizze assicurative, benefit del datore di lavoro, programmi di indennizzo statali, programmi sanitari federali o statali o enti che forniscono assicurazione sanitaria su base prepagata.
- Autorizzo il centro trapianti a comunicare i miei dati al Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York a fini di verifica dei dati stessi, valutazione dell'idoneità al programma e/o rimborso.
- Autorizzo il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York a scambiare le minime informazioni necessarie con qualsiasi terzo pagatore individuato dal ricevente o dal centro trapianti, se necessario a fini di revisione o verifica.

Con la firma del presente modulo dichiaro, sotto pena di spergiuro ai sensi delle leggi federali e statali, che tutte le informazioni da me fornite sono veritiere, corrette e complete. Sono inoltre consapevole che le leggi federali e statali possono prevedere sanzioni pecuniarie e/o detentive o il rifiuto del rimborso richiesto in caso di false dichiarazioni nella domanda presentata nell'ambito del Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York o di occultamento o mancata comunicazione di fatti relativi alle informazioni fornite nell'iter della domanda.

Firma del ricevente: _____ **Data:** _____

Firma dell'operatore del centro trapianti che riceve la domanda: _____ **Data:** _____

Nome e cognome dell'operatore che riceve la domanda: _____

Titolo dell'operatore che riceve la domanda: _____

Numero di telefono dell'operatore che riceve la domanda: _____

E-mail dell'operatore che riceve la domanda: _____