

生体ドナー支援プログラム資格申請書 (Living Donor Support Program Eligibility Application) レシピエントによる申請書 (Recipient Application)

プログラムの概要と資格要件： ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、資格要件を満たした生体ドナーに対し、旅費、宿泊費、食費、休業補償、時間的損失に伴う費用、扶養家族の介護費用、および生体ドナーによる臓器提供プロセスに関連する一定の未払い医療費の支援を提供します。申請にあたって、ドナーは申請書の指定された欄に記入し、ニューヨーク州居住を証明する、承認されている書類のコピーを添付する必要があります。生体ドナー支援プログラムの受給資格は、手術前に決定される必要があります。

生体ドナー資格申請書には、レシピエントが記入しなければならない欄や、レシピエントがニューヨーク州居住者であることを証明するための承認されている書類のコピーを添付する箇所があります。

記入方法の説明

1. レシピエントによる申請書に記入し、必要な質問すべてに必ず回答してください。
2. ニューヨーク州居住者であることを証明する書類を添付してください。現在居住していることを証明する書類は2種類必要です。証明書類は、申請書提出日前の90日以内に発行されたものでなければなりません。ニューヨーク州在住を証明するために提出する書類には、生体ドナーから臓器提供を受けるレシピエントのフルネームと現住所の両方が記載されている必要があります。承認されている居住証明書類の一覧は下記をご覧ください。
 - 居住証明書
 - 失業手当の明細書
 - 固定資産税明細書
 - 賃貸契約書または住宅ローン明細書
 - 有権者登録カード
 - 電話料金明細書
 - 勤務先からの給与明細書
 - W2または1099
 - 公共料金明細書
 - 銀行取引明細または投資の明細書
 - ソーシャルセキュリティまたはは障がい者明細書
 - 確定申告書
3. 申請書に記入後、添付書類と署名済みの宣誓書を添えて、担当のソーシャルワーカーまたは移植医療専門家にお渡しください。担当者が内容を確認し、生体ドナー支援プログラムに提出します。ニューヨーク州生体ドナー支援プログラム (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP) に直接送付しないでください。

ご質問がありますか？

ご不明な点やご質問がある場合は、移植センターの担当ソーシャルワーカーまたは移植医療専門家にご連絡ください。また、生体ドナー支援プログラム(518) 408-3431、またはメールアドレス：LivingDonor@health.ny.govまでお問い合わせいただくこともできます。

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

生体ドナー支援プログラム：レシピエントによる申請書

レシピエントの情報

注意事項：生体ドナーである受給申請者の最終的な対象レシピエントが記入し、手術前に移植センターに提出してください。

| 生体ドナーからの臓器提供を受ける レシピエントのファーストネーム | ミドルネーム のイニシャル | ラストネーム (姓) | 生年月日 |
|-------------------------------------|------------------|------------|------|
| | | | |

レシピエントの主たる住居の住所： _____

あなたは生体ドナーと同居していますか？ はい いいえ 同居していない場合、下記に住所を記入してください。

住所： _____

住所（続き）： _____

市： _____ 州： _____ ZIPコード： _____

主な電話番号： _____ 代替の電話番号： _____

Eメールアドレス _____

申請書の提出時に、ニューヨーク州在住を証明する書類が2点必要となります。提出可能な書類については1ページ目をご覧ください。以下に、添付する書類2点を明記してください。

1. _____ 2. _____

レシピエントに関する情報

ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムが、プログラムの対象である人口層をより理解するために以下の項目にご記入ください。以下の質問への回答が、プログラムの参加資格や払い戻しの決定に影響することはありません。

性別： 男性 女性 その他： _____

人種／民族： 白人（ヒスパニック系以外） 黒人（ヒスパニック系以外） ヒスパニック／ラテン系
 不明／その他 アジア系（ヒスパニック系以外） アメリカ先住民／アラスカ先住民（ヒスパニック系以外） 太平洋諸島系（ヒスパニック系以外） 多人種（ヒスパニック系以外）

学歴： 高校卒業未満 高校卒業／GED取得者 技術／職業専門学校 大学中退 2年制大学卒業
 4年制大学卒業 4年制大学以上

生体ドナー支援プログラムに申請している生体ドナーから提供を受ける臓器： 腎臓 肝臓 その他
（具体的にご記入ください）： _____

生体ドナー候補者の氏名： _____

このドナー申請以前に、あなたに臓器を提供するためにニューヨーク州生体ドナー支援プログラムから費用の補償を求めた、他の生体ドナー候補者はいましたか？ はい いいえ

現在透析治療を受けていますか？ はい いいえ

氏名（活字体）： _____

署名： _____ 日付： _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

レシピエントによる宣誓書

レシピエントへの注意事項：上部の空白欄に氏名を記入し、以下の宣誓文を読んだあと、下部に署名してください。

私、_____ は、生体ドナーの候補者として、求められているすべての情報を真実かつ完全に資格申請書に記入しました。

- 移植センターの職員から「有償の対価 (valuable consideration)」とは何かについて説明を受け、私の理解する限り、私はNOTA (42 U.S.C. §274e) 第301条を完全に遵守しています。同条は、いかなる者も、人間への移植のために有償の対価と引き換えに、人間の臓器を取得、受領、またはその他の方法で譲渡することを故意に行ってはならないと規定しています。
- 私が生体臓器提供を行うことを決めたのは、いかなる有償の対価の交換が動機となったものでもありません。
- この臓器提供の手続きに関連して、何らかの対価が授受されていることを示す情報は一切持っていません。
- ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、州法に基づき、生体ドナーが、保険、雇用主による福利厚生、州の補償プログラム、連邦または州の医療給付プログラム、前払いによる医療保険を提供する機関などの第三者機関から、賃金損失、旅費、その他の対象となる費用について償還を受けている場合、または今後受ける場合には、これらの費用をドナーに償還することはできないことを理解しています。
- 私は、移植センターが私の情報をニューヨーク州生体ドナー支援プログラムに共有することに同意します。これは、情報確認、プログラムの資格要件の判定、および／または償還手続きのために行われるものです。
- 私は、ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムに対し、審査または確認のために必要な場合、レシピエントまたは移植センターが指定する第三者支払機関と必要最低限の情報を交換することを許可します。

この用紙に署名することにより、私は連邦法および州法に基づき、偽証罪の罰則を承知の上で、提供したすべての情報が真実、正確、かつ完全であることを宣言します。さらに、ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムに基づき、支援を申請するにあたって真実を述べなかった場合、または申請手続きにおいて提供した情報に関する事実を隠蔽したり開示しなかった場合、連邦法および州法に基づき、罰金刑や禁固刑、あるいは申請した償還支援の却下などの罰則が科される可能性があることを理解しています。

レシピエントの署名： _____ 日付： _____

移植センターの申請者の署名： _____ 日付： _____

申請者氏名 (フルネーム) _____

申請者の役職： _____

申請者の電話番号： _____

申請者のEメールアドレス： _____