

Wniosek o zakwalifikowanie do Programu Wsparcia Dawców Żywych (Living Donor Support Program Eligibility Application) Wniosek biorcy (Recipient Application)

Przegląd i kwalifikowalność: Program wsparcia dawców żywych stanu Nowy Jork pomaga kwalifikującym się żywym dawcom organów w pokryciu kosztów podróży, zakwaterowania i wyżywienia, zwrocie utraconych zarobków lub kosztów utraconego czasu, kosztów opieki nad wymagającą jej osobami oraz pewnych nier refundowanych kosztów medycznych związanych z dawstwem narządów dawców żywych. Aby złożyć wniosek, dawca musi wypełnić wyznaczone sekcje wniosku i dołączyć kopie zatwierdzonych dokumentów potwierdzających zamieszkanie w stanie Nowy Jork. Kwalifikowalność do Programu Wsparcia Dawców Żywych musi zostać ustalona przed zabiegiem chirurgicznym.

Wniosek dawcy żywego zawiera sekcję, która wymaga wypełnienia przez biorcę i załączenia kopii zatwierdzonych dokumentów potwierdzających także jego zamieszkanie w stanie Nowy Jork.

INSTRUKCJA

1. Należy wypełnić wniosek biorcy i odpowiedzieć na wszystkie wymagane pytania.
2. Należy załączyć dowód zamieszkania w stanie Nowy Jork. Wymagane są dwa różne dowody aktualnego miejsca zamieszkania. Dowody te muszą być datowane w ciągu 90 dni przed złożeniem wniosku. Dokumenty składane w celu udowodnienia zamieszkania w stanie Nowy Jork muszą zawierać zarówno imię i nazwisko biorcy organu dawcy żywego, jak i jego aktualne miejsce zamieszkania. Poniżej znajduje się zatwierdzona lista dokumentów potwierdzających miejsce zamieszkania:
 - Oficjalne pismo potwierdzające zamieszkanie
 - Wyciąg z umowy najmu lub kredytu hipotecznego
 - Odcinek wypłaty od pracodawcy
 - Wyciągi bankowe lub inwestycyjne
 - Odcinki zasiłku dla bezrobotnych
 - Karta rejestracji wyborcy
 - Formularz W2 lub 1099
 - Zaświadczenia o ubezpieczeniu społecznym lub niepełnosprawności
 - Rachunki za podatek od nieruchomości
 - Rachunki telefoniczne
 - Rachunki za media
 - Deklaracje podatkowe
3. Po wypełnieniu należy przekazać wniosek wraz z załącznikami i podpisanym zaświadczeniem pracownikowi socjalnemu lub specjalistce ds. transplantacji, który go sprawdzi i przekaże w imieniu wnioskodawcy do Programu Wsparcia Dawców Żywych. Prosimy nie wysyłać wniosku bezpośrednio do Programu Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

PYTANIA?

W celu uzyskania pomocy lub wyjaśnień prosimy o kontakt z wyznaczonym pracownikiem socjalnym lub specjalistą ds. transplantacji w ośrodku transplantacyjnym. Z Programem Wsparcia Dawców Żywych można się także skontaktować pod numerem telefonu (518) 408-3431 lub adresem e-mail LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

PROGRAM WSPARCIA DAWCÓW ŻYWYCH: wniosek biorcy**INFORMACJE O BIORCY**

Instrukcja: Do wypełnienia przez docelowego biorcę organu dawcy żywego i złożenia w ośrodku transplantacyjnym przed zabiegiem.

Imię biorcy organu dawcy żywego	Inicjał drugiego imienia	Nazwisko	Data urodzenia

Adres głównego miejsca zamieszkania biorcy: _____

Czy biorca mieszka z dawcą żywym? Tak Nie Jeżeli nie, podać adres fizyczny poniżej:

Wiersz adresu 1: _____

Wiersz adresu 2: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Preferowany nr telefonu: _____ Alternatywny nr telefonu: _____

E-mail: _____

Podczas składania wniosku są wymagane dwa dokumenty potwierdzające zamieszkanie w stanie Nowy Jork. *Akceptowane dokumenty wymieniono na stronie 1.* Prosimy wskazać poniżej załączane dwa dokumenty.

1. _____ 2. _____

DANE DEMOGRAFICZNE BIORCY

Prosimy o wypełnienie poniższej sekcji. Pozwoli nam to lepiej poznać populację objętą Programem Wsparcia Dawców Żywych stanu Nowy Jork. Odpowiedzi na poniższe pytania nie mają wpływu na decyzję o kwalifikowalności do programu ani na decyzję o zwrocie kosztów.

Płeć: Mężczyzna Kobieta Inna: _____

Rasa / przynależność etniczna: biała, niełatynoska czarna, niełatynoska latynoska nieznana/inna
 azjatycka, niełatynoska rdzenna amerykańska/alaskańska, niełatynoska
 pacyficzna, niełatynoska wielorasowa, niełatynoska

Wykształcenie: niższe niż licealne absolwent szkoły średniej / GED szkoła techniczna/zawodowa
 nieukończone studia wyższe dyplom ukończenia studiów 2-letnich
 dyplom ukończenia studiów 4-letnich dyplom ukończenia studiów dłuższych niż 4-letnie

Organ otrzymywany od dawcy żywego wnioskującego o przyjęcie do Programu Wsparcia Dawców Żywych:

nerka wątroba inny, określić: _____

Imię i nazwisko potencjalnego dawcy: _____

Czy zanim został złożony wniosek tego dawcy, inni potencjalni dawcy żywi starali się o zwrot kosztów z Programu Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork na potrzeby dawstwa organów wnioskodawcy? Tak Nie

Czy wnioskodawca jest obecnie dializowany? Tak Nie

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Podpis: _____

Data: _____

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****FORMULARZ ZAŚWIADCZENIA BIORCY**

Instrukcja dla biorcy: Należy wpisać swoje imię i nazwisko w pustym miejscu u góry, przeczytać oświadczenia i podpisać się na dole.

Ja, _____, jako potencjalny żywy dawca organów, podałem(-am) prawdziwe i kompletne informacje wymagane we wniosku o zakwalifikowanie do programu.

- Personel ośrodka transplantacyjnego poinformował mnie, co stanowi świadczenie wzajemne (valuable consideration) i według swojej najlepszej wiedzy w pełni przestrzegam postanowień sekcji 301 NOTA (42 USC §274e), która stanowi między innymi, że świadome nabycie, otrzymanie lub inne przekazanie jakiegokolwiek ludzkiego organu w zamian za świadczenie wzajemne do wykorzystania w transplantacji u ludzi jest niezgodne z prawem.
- Moja decyzja o dawstwie narządu od dawcy żywego nie była motywowana chęcią uzyskania żadnego świadczenia wzajemnego.
- Nie mam żadnych informacji wskazujących na to, że w związku z tą procedurą dawstwa następuje wymiana świadczenia wzajemnego.
- Rozumiem, że zgodnie z prawem stanowym Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork nie może zapewnić żadnemu żywemu dawcy organów zwrotu utraconych zarobków, kosztów podróży i innych kwalifikujących się wydatków, jeśli dawca otrzymał lub powinien otrzymać zwrot tych wydatków od jakiegokolwiek osoby trzeciej, na przykład z polisy ubezpieczeniowej, świadczenia pracodawcy, stanowego programu rekompensat, federalnego lub stanowego programu świadczeń zdrowotnych lub podmiotu, który zapewnia ubezpieczenie zdrowotne na zasadzie przedpłaty.
- Wyrażam zgodę, aby ośrodek transplantacyjny udostępnił moje dane Programowi Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork w celu weryfikacji informacji, ustalenia kwalifikowalności do programu i/lub zwrotu kosztów.
- Wyrażam zgodę na wymianę przez Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork minimalnych niezbędnych informacji z każdym płatnikiem zewnętrznym wskazanym przez biorcę lub ośrodek transplantacyjny, gdy będzie to potrzebne do celów przeglądu lub weryfikacji.

Podpisując ten formularz, oświadczam pod groźbą kary za składanie fałszywych oświadczeń na mocy prawa federalnego i stanowego, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, poprawne i kompletne. Rozumiem ponadto, że prawo federalne i stanowe może przewidywać kary grzywny i/lub pozbawienia wolności bądź odmowę przyznania wnioskowanej pomocy finansowej, jeśli nie przekażę prawdziwych informacji podczas składania wniosku o pomoc w ramach Programu Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork lub jeśli zataję fakty dotyczące informacji podanych podczas składania wniosku bądź ich nie ujawnię.

Podpis biorcy: _____ **Data:** _____

Podpis osoby przyjmującej wniosek w ośrodku transplantacyjnym: _____ **Data:** _____

Imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek: _____

Tytuł osoby przyjmującej wniosek: _____

Numer telefonu osoby przyjmującej wniosek: _____

Adres e-mail osoby przyjmującej wniosek: _____