

**Общая информация и соответствие критериям участия.** Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк помогает соответствующим критериям живым донорам органов с оплатой их расходов на проезд, проживание и питание, возмещением потерянной заработной платы, упущенного времени, расходов по уходу за иждивенцем, а также определенных невозмещенных медицинских расходов, связанных с участием в процедуре прижизненного донорства органов. Чтобы подать заявку, донор должен заполнить специально предназначенные разделы заявки и приложить копии одобренных документов для подтверждения места жительства в штате Нью-Йорк.

Соответствие критериям участия в Программе поддержки живых доноров должно быть определено до операции.

Заявка живого донора также включает раздел для заполнения реципиентом, который также должен приложить копии одобренных документов для подтверждения места жительства в штате Нью-Йорк.

## ИНСТРУКЦИИ

1. Заполните заявку реципиента, обязательно ответьте на все необходимые вопросы.
2. Приложите документы, подтверждающие место жительства в штате Нью-Йорк. Необходимо приложить два разных документа, подтверждающие ваше текущее место жительства. Документы должны быть датированы не более чем за 90 дней до даты заполнения заявки. Документы, подаваемые для подтверждения проживания в штате Нью-Йорк, должны включать полное имя реципиента донорского органа и его текущее место жительства. Ниже см. список одобренных документов для подтверждения места жительства:
  - Справка, подтверждающая место жительства
  - Выписка из договора аренды или договора ипотечного кредитования
  - Квитанция о начислении заработной платы от работодателя
  - Выписка о состоянии банковского счета или инвестиционная декларация
  - Квитанция о начислении пособия по безработице
  - Карта регистрации избирателя
  - Форма W2 или форма 1099
  - Справка о получении социальных выплат или пособия по нетрудоспособности
  - Счета для уплаты налога на недвижимое имущество
  - Счета за телефонную связь
  - Счета за коммунальные услуги
  - Налоговые декларации
3. После заполнения передайте заявку, включая все приложения и подписанную форму заверения, вашему социальному работнику или врачу-трансплантологу для проверки и подачи заявки от вашего имени в Программу поддержки живых доноров. Пожалуйста, не отправляйте заявку напрямую в Программу поддержки живых доноров штата Нью-Йорк (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

## У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ?

Если вам потребуются помощь или разъяснения, обратитесь к своему уполномоченному социальному работнику или врачу-трансплантологу в трансплантационном центре. Вы также можете обратиться в Программу поддержки живых доноров по телефону (518) 408-3431 или по адресу электронной почты [LivingDonor@health.ny.gov](mailto:LivingDonor@health.ny.gov).

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ЖИВЫХ ДОНОРОВ: заявка реципиента****ИНФОРМАЦИЯ О РЕЦИПИЕНТЕ**

**Инструкции.** Заполняется предполагаемым конечным реципиентом органа от живого донора и подается в трансплантационный центр до операции.

Имя реципиента органа от живого донора	Второй инициал	Фамилия	Дата рождения

Адрес основного места жительства реципиента: \_\_\_\_\_

Вы живете вместе с живым донором?  Да  Нет Если вы ответили «Нет», укажите ваш фактический адрес ниже:

Адрес, строка 1: \_\_\_\_\_

Адрес, строка 2: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Предпочитаемый номер телефона: \_\_\_\_\_ Доп. номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Два документа, подтверждающие место жительства в штате Нью-Йорк, должны быть предоставлены одновременно с подачей заявки. *Список разрешенных документов см. на стр. 1.* Ниже укажите, какие два документа вы прилагаете:

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

**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ РЕЦИПИЕНТА**

Чтобы мы могли лучше понять группу населения, которую обслуживает Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк, просим вас заполнить следующий раздел. Ваши ответы на приведенные ниже вопросы не повлияют на решения о вашем соответствии критериям участия в программе или о возмещении расходов.

Пол:  Мужской  Женский  Другое: \_\_\_\_\_

Раса/этническая принадлежность:  Белый, не испаноязычный  Черный, не испаноязычный  
 Испаноязычный/латиноамериканец  Неизвестно/другое  
 Азиат, не испаноязычный  Американский индеец/коренной житель Аляски, не испаноязычный  Уроженец островов Тихого океана, не испаноязычный  Смешанной расы, не испаноязычный

Образование:  Неоконченная средняя школа  Среднее общее образование/GED  
 Профессионально-техническое училище  Неоконченный колледж  Диплом об окончании двухгодичного колледжа  Диплом об окончании четырехгодичного колледжа  
 Более чем четырехгодичный колледж

Орган, который вам будет пересажен от донора, участвующего в Программе поддержки живых доноров:

Почка  Печень  Другое, уточните: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия потенциального живого донора: \_\_\_\_\_

Подавали ли запрос на возмещение расходов в Программу поддержки живых доноров штата Нью-Йорк какие-либо другие потенциальные живые доноры, желающие стать вашими донорами, до подачи настоящей заявки от этого донора?  Да  Нет

В настоящее время вы получаете диализ?  Да  Нет

Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

**ФОРМА ЗАВЕРЕНИЯ РЕЦИПИЕНТА**

**Инструкции для реципиента.** Напишите свои имя и фамилию в верхней части бланка, прочитайте все утверждения и поставьте внизу свою подпись.

Я, \_\_\_\_\_, как потенциальный реципиент органа от живого донора предоставил(-а) правдивую и полную информацию, запрашиваемую в данной заявке на участие в программе.

- Персонал трансплантационного центра проинформировал меня о том, что представляет собой “valuable consideration” («ценное вознаграждение»), и, насколько мне это известно, мной полностью соблюдены требования раздела 301 закона NOTA (42 U.S.C. §274e), который, в частности, предусматривает, что умышленно приобретать, получать или иным образом передавать какие-либо человеческие органы в обмен на ценное вознаграждение для использования в целях пересадки (трансплантации) человеку является незаконным.
- Мое решение принять участие в процедуре прижизненного донорства органов не было вызвано стремлением к получению или предоставлению какого-либо ценного вознаграждения.
- Я не располагаю информацией о том, что данная процедура донорства предполагает получение или предоставление ценного вознаграждения.
- Я понимаю, что, в соответствии с законодательством штата Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк не сможет предоставить возмещение живому донору органов за потерянную заработную плату, возмещение транспортных и иных соответствующих критериям расходов, если донор получил или должен получить возмещение этих расходов от каких-либо сторонних плательщиков, включая оплату по страховому полису, выплаты от работодателя, программу штата по предоставлению компенсации, федеральную программу медицинского страхования или программу медицинского страхования штата или организацию, предоставляющую медицинское страхование на условиях предоплаты.
- Я даю разрешение трансплантационному центру передавать информацию обо мне в Программу поддержки живых доноров штата Нью-Йорк в целях проверки информации, определения соответствия критериям участия в программе и (или) возмещения расходов.
- Я даю разрешение Программе поддержки живых доноров штата Нью-Йорк передавать минимальную необходимую информацию сторонним плательщикам, указанным реципиентом или трансплантационным центром, которая требуется в целях проверки и подтверждения.

Подписывая данную форму, я удостоверяю под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, что вся предоставленная мной информация является полной, достоверной и правдивой. Я также понимаю, что федеральное законодательство и законодательство штата могут предусматривать наказание в виде штрафа и (или) тюремного заключения либо отказа в предоставлении запрашиваемой помощи в возмещении расходов, если я предоставлю ложные сведения при подаче заявления на получение помощи в рамках Программы поддержки живых доноров штата Нью-Йорк или если я скрою или не сообщу факты, касающиеся информации, предоставленной в процессе подачи заявки.

Подпись реципиента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись представителя трансплантационного центра, подающего заявку (заявителя): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Полное имя заявителя: \_\_\_\_\_

Должность заявителя: \_\_\_\_\_

Номер телефона заявителя: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты заявителя: \_\_\_\_\_