

活体器官捐献者支持计划资格申请表 (Living Donor Support Program Eligibility Application)

接受者申请表 (Recipient Application)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

概述和资格要求： 纽约州活体器官捐献者支持计划为符合条件的活体器官捐献者提供旅行、住宿及餐食开支、工资损失或时间损失补偿、受抚养人照护费用，以及与活体捐献过程相关的未报销的特定医疗费用。要申请该计划，捐献者需填写申请表中指定的部分，并附上经认可的文件副本以证明其纽约州居民身份。活体器官捐献者支持计划的资格需要在手术前确定。

在活体器官捐献者的申请材料中，包含一个必须由接受者填写的部分并附上经认可的文件副本以证明其纽约州居民身份。

说明

1. 填写接受者申请表，请务必回答所有必填问题。
2. 请附上您的纽约州居住证明。需要提供两种不同的居住证明。所有证明文件日期须在申请提交前 90 天内。用于证明纽约州居住资格的文件需同时显示活体器官接收者的全名及当前居住地址。以下是经认可的居住证明文件清单：
 - 居住证明信
 - 失业救济金支票存根
 - 房地产税单
 - 租赁或抵押贷款对账单
 - 选民登记卡
 - 电话账单
 - 其雇主提供的工资单
 - W2 或 1099 税表
 - 水电费账单
 - 银行或投资对账单
 - 社会保障或残疾福利金报表
 - 纳税申报表
3. 完成申请后，请将申请表（含附件）及签署的证明书提交给您的社工或移植专业人员，由其审核并代为提交至活体器官捐献者支持计划。请勿直接寄送至纽约州活体器官捐献者支持计划（New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP）。

有任何问题吗？

如需协助或解释，请联系移植中心指定的社工或移植专业人员。您亦可致电 (518) 408-3431 或发送邮件至 LivingDonor@health.ny.gov 联系活体器官捐献者支持计划。

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

活体器官捐献者支持计划：接受者申请表

接受者資訊

指示说明：需由活体器官捐献者申请人填写，并在手术前提交至移植中心。

活体捐献接受者的名字	中間名首字母	姓氏	出生日期

接受者的主要居住地址： _____

您是否与活体器官捐献者住在一起？ 是 否 若选择“否”，请在下文提供您的实际居住地址：

地址 1： _____

地址 2： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

首选电话： _____ 备用电话： _____

电子邮件： _____

提交申请时需两份证明纽约州居住身份的文件。请参阅第 1 页了解可接受的文件类型。请在下文注明将附上哪两份文件：

1. _____ 2. _____

接受者人口统计数据

为更深入了解纽约州活体器官捐献者支持计划所服务的人群，请您填写以下内容。您对下列问题的回答不会影响计划资格或报销决定。

性别： 男性 女性 其他： _____种族/族裔： 白人，非西班牙裔 黑人，非西班牙裔 西班牙裔/拉丁裔 未知/其他 亚裔，非西班牙裔
 美洲印第安人/阿拉斯加原住民，非西班牙裔 太平洋岛民，非西班牙裔 多种族，非西班牙裔教育背景： 高中以下教育程度 高中毕业/GED 证书 技术/职业学校 大专教育 两年制大学学位
 四年制大学学位 四年制大学学位以上学历您将从申请活体器官捐献者支持计划的活体器官捐献者处获得的器官： 肾 肝 其他，请说明： _____

潜在活体器官捐献者姓名： _____

在本捐献者申请前，是否有其他潜在活体器官捐献者曾向纽约州活体器官捐献者支持计划申请捐献补偿？ 是 否您目前正在接受透析治疗吗？ 是 否

正楷姓名： _____

签名： _____ 日期： _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

接受者证明表

接受者须知：请在顶部空白处填写姓名，并在阅读所有声明后在底部签名。

本人，_____，作为潜在活体器官接受者，已如实完整提供资格申请所需全部信息。

- 移植中心工作人员已向我说明何为对价交换 (valuable consideration)，据我理解，本人完全符合 NOTA 第 301 条 (42 U.S.C. §274e) 规定，该条款部分内容明确：任何人明知故犯地为获取有价报酬而收购、接收或转移用于人体移植的人体器官均属违法。
- 我决定接受活体器官捐献，并非出于任何有价值的对价交换。
- 我未掌握任何信息表明我的活体捐献涉及有价报酬的交换。
- 本人理解：根据纽约州法律，若捐献者已从第三方报销方（如保险单、雇主福利、州补偿计划、联邦或州健康福利计划、基于预付费提供健康保险的机构等）获得或应获得此类费用报销，纽约州活体器官捐献者支持计划不得向任何活体器官捐献者提供工资损失、旅行及其他符合条件的费用报销。
- 本人授权移植中心为信息核验、项目资格认定及/或报销事宜，向纽约州活体器官捐献者支持计划共享我的信息。
- 本人授权纽约州活体器官捐献者支持计划在审核或核验需要时，与活体器官捐献者或移植中心指定的第三方报销方交换最低限度必要信息。

签署本表格即表明本人声明：根据联邦及州法律关于伪证罪的处罚规定，本人所提供信息均真实准确。本人进一步理解：若在申请纽约州活体器官捐献者支持计划援助时未如实陈述，或隐瞒、未披露申请过程中提供的相关事实信息，联邦及州法律可能规定处以罚款和/或监禁，或拒绝所申请的报销补偿。

接受者签名：_____ 日期：_____

移植中心申请人签名：_____ 日期：_____

申请人全名：_____

申请人职称：_____

申请人电话号码：_____

申请人电子邮件：_____