

طلب الأهلية لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء (Living Donor Support Program Eligibility Application) طلب المتبرع (Donor Application)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

نظرة عامة والأهلية: يساعد برنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية نيويورك المتبرعين بالأعضاء الحية المؤهلين في نفقات السفر والإقامة والوجبات، والأجور المفقودة أو تكلفة الوقت الضائع، ونفقات رعاية المعالين، وبعض التكاليف الطبية غير المعوّض عنها والمرتبطة بعملية التبرع الحي. لتقديم طلب المشاركة في البرنامج، سيتعيّن على المتبرع إكمال الأقسام المخصصة له في نموذج الطلب وإرفاق نُسخ من المستندات المعتمدة لإثبات الإقامة بولاية نيويورك. لتقديم طلب الحصول على خدمات البرنامج، سيتعيّن على المتبرع إكمال الأقسام المخصصة له في نموذج الطلب وإرفاق نُسخ من المستندات المعتمدة لإثبات إقامته بولاية نيويورك أيضًا. يجب تحديد الأهلية لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء قبل إجراء الجراحة.

يرجى ملاحظة أن هذا الطلب شرط لاتخاذ قرار بشأن قبول المشاركة في البرنامج من عدمه. سيتعيّن إجراء المزيد من عمليات التواصل والتقديمات في البرنامج لتلقي التعويض بعد الموافقة على طلب الأهلية. استثمارات العمل متاحة لتكون بمثابة دليل بشأن طريقة توزيع التعويض بين النفقات المؤهلة لنفقات السفر والإقامة والوجبات، والأجور المفقودة أو تكلفة الوقت الضائع، ونفقات رعاية المعالين، وبعض التكاليف الطبية غير المعوّض عنها والمرتبطة بجراحة التبرع الحي الخاصة باحتياجات المتبرع. قد يسعى المتبرعون إلى الحصول على تعويض من إحدى فئات النفقات المؤهلة أو جميعها. لن يتم تعويض أي متبرع منفرد بأكثر من 14,000.00 دولار لكل عملية تبرع حي.

التعليمات

1. أكمل طلب المتبرع، وتأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة.

2. أرفق إثباتًا بإقامتك في ولاية نيويورك. يشترط وجود إثباتين مختلفين لمحل الإقامة الحالي. يجب أن تكون الإثباتات مؤرخة في غضون آخر 90 يومًا من تقديم الطلب. يجب أن تُظهر المستندات المقدمة لإثبات محل الإقامة بولاية نيويورك كلاً من الاسم الكامل للمتبرع الحي ومحل إقامته الحالي. انظر أدناه للاطلاع على قائمة معتمدة بمستندات الإقامة:

- خطاب الإقامة
- قسائم شيكات البطالة
- فواتير الضرائب العقارية
- بيانات الإيجار أو الرهن العقاري
- بطاقة تسجيل الناخب
- فواتير الهاتف
- قسيمة راتب من جهة عمل المتبرع
- نموذج W2 أو 1099
- فواتير المرافق
- كشوف الحساب البنكي أو بيانات الاستثمار
- بيانات الضمان الاجتماعي أو الإعاقة
- الإقرارات الضريبية

3. بمجرد إكمال الطلب، قدّمه ومعه المرفقات والإقرار الموقع إلى الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي زراعة الأعضاء الخاص بك الذي سيراجع الطلب ويقدمه إلى برنامج دعم المتبرعين الأحياء نيابةً عنك. يرجى عدم إرساله مباشرةً إلى برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

هل توجد أي أسئلة؟

يرجى التواصل مع الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي زراعة الأعضاء المعيّن لك في مركز زراعة الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو طلب توضيح شيء ما. يمكنك أيضًا التواصل مع برنامج دعم المتبرعين الأحياء على الرقم 408-3431 (518) أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على الرابط LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

برنامج دعم المتبرعين الأحياء: طلب الأهلية للمتبرع

معلومات بشأن مقدم الطلب للمتبرع الحي
التعليمات: يجب إكماله من قبل مقدم الطلب للمتبرع الحي وتقديمه إلى مركز زراعة الأعضاء قبل الجراحة.

تاريخ الميلاد	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول للمتبرع الحي

عنوان محل الإقامة الرئيسي للمتبرع الحي حدد هذه الخانة إذا كان المتبرع والمتلقي يعيشان في العنوان ذاته

العنوان 1:

العنوان 2:

المدينة:

الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف المفضل: _____

رقم الهاتف البديل: _____

البريد الإلكتروني: _____

هل تلقيت رسالة بريدية على العنوان الرئيسي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فأدخل عنواناً بريدياً:

العنوان:

المدينة:

الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

يلزم وجود مستندين يدعمان الإقامة بولاية نيويورك في وقت تقديم الطلب.

انظر الصفحة 1 للاطلاع على المستندات المقبولة. يرجى توضيح فيما يلي المستندين اللذين سترفقهما:

1.

2.

العضو المراد التبرع به: الكلى الكبد غير ذلك، يرجى التحديد: _____

اسم المتلقي النهائي المقصود: _____

الوضع الوظيفي للمتبرع: موظف بدوام كامل موظف بدوام جزئي في إجازة بسبب الإعاقة صاحب عمل حر ربة منزل/مقدم رعاية طالب لا يعمل متقاعد غير ذلك

المعلومات الديموغرافية للمتبرع الحي

لفهم طبيعة السكان الذين يخدمهم برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك بشكل أفضل، نرجو منك إكمال القسم التالي. لن تؤثر إجاباتك عن الأسئلة التالية في أهلية البرنامج أو قرارات التعويض.

الجنس: ذكر أنثى غير ذلك: _____العرق/الإثنية: ذو بشرة بيضاء، ليس من أصل إسباني ذو بشرة سمراء، ليس من أصل إسباني من أصل إسباني/لاتيني غير معروف/غير ذلك آسيوي، ليس من أصل إسباني هندي أمريكي/من مواطني ألاسكا الأصليين، ليس من أصل إسباني من سكان جزر المحيط الهادئ، ليس من أصل إسباني متعدد الأعراق، ليس من أصل إسبانيالتعليم: أقل من المدرسة الثانوية خريج مدرسة ثانوية/شهادة التعليم العام مدرسة فنية/تجارية بعض التعليم الجامعي شهادة جامعية لمدة سنتين شهادة جامعية لمدة 4 سنوات ما بعد الكلية لمدة 4 سنواتاللغة المفضلة: _____ هل تطلب خدمات المساعدة اللغوية؟ نعم لا

الاسم المفضل: _____ الاسم مكتوباً بأحرف واضحة: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

ما الفئات التي تتوقع طلب التعويض عنها؟

 الأجور رعاية المعالين السفر الشخص الداعم النفقات الطبية غير المعوّض عنها

Application #:

Applicant #:

نموذج إقرار مقدم الطلب للمتبرع الحي

أخصائيو زراعة الأعضاء: يرجى الاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج في السجل الطبي للمتبرع.

التعليمات: اكتب اسمك في المساحة الفارغة بالقرب من الجزء العلوي، واقرأ جميع العبارات، وقم بالتوقيع باسمك في الأسفل.

- أقر أنا، _____، بصفتي مقدم الطلب للمتبرع الحي للمشاركة في برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك، بأنني قد قدمت، بصدق وبشكل كامل، جميع المعلومات المطلوبة في طلب الأهلية، وأشهد بأنني أنوي المضي قدمًا في مراحل تقييم المتبرع الحي، والجراحة، والمتابعة على النحو الموضح من قبل مركز زراعة الأعضاء ما لم يذكر المركز بأنني غير قادر على المضي قدمًا في عملية تبرع حي فعلية.
- لقد أخبرني موظفو مركز زراعة الأعضاء بما يمثل "عوضًا عادلًا (valuable consideration)"، وعلى حد علمي، أنا ممثل امتثالاً كاملاً بالقسم 301 من (42 U.S.C. §274e) NOTA، الذي ينص، جزئيًا، على أنه لا يجوز قانونًا لأي شخص الحصول عمدًا على أي عضو بشري أو تلقيه أو نقله بطريقة أخرى مقابل عوض عادل من أجل استخدامه في زراعة الأعضاء البشرية.
 - لم يكن قراري بأن أصبح متبرعًا حيًا بدافع تبادل أي عوض عادل.
 - ليس لدي أي معلومات تشير إلى تبادل أي عوض عادل فيما يتعلق بعملية تبرعي الحي.
 - أدرك أن برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك لا يمكنه، بموجب قانون الولاية، تعويض أي متبرع بالأعضاء الحية عن الأضرار المفقودة وتكاليف السفر وأي نفقات مؤهلة أخرى إذا تلقى المتبرع، أو كان ينبغي له تلقي، تعويض عن تلك النفقات من جهة دفع خارجية، مثل بوليصة تأمين، أو استحقاقات جهة العمل، أو برنامج التعويضات التابع للولاية، أو برنامج المزايا الصحية الفيدرالي أو التابع للولاية، أو أي جهة تقدم تأمينًا صحيًا على أساس الدفع المسبق.
 - أُمِنح الإذن لمركز زراعة الأعضاء بمشاركة معلوماتي مع برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك لأغراض التحقق من صحة المعلومات، و/أو تحديد أهلية البرنامج، و/أو التعويض.
 - أقر بأن التعويض عن النفقات المؤهلة، مثل الأضرار المفقودة، قد يخضع لإقرار ضريبة الدخل الفيدرالي و/أو التابع للولاية. يتحمل مقدم الطلب مسؤولية التواصل مع مستشار ضريبي مؤهل لتحديد الالتزام الضريبي للتعويض الذي يتم الحصول عليه من برنامج دعم المتبرعين الأحياء. لا يتحمل برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك المسؤولية بشأن أي عواقب ضريبية لبرنامج التعويضات.
 - إذا تم تحديد أهليتي للمشاركة في برنامج دعم المتبرعين الأحياء، قبل طلب التعويض عن النفقات المؤهلة من البرنامج، فسأطلب التعويض من أي جهات دفع خارجية تكون متاحة أمامي، وسأفصح عن هذه المعلومات لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء عند التقدم بطلب تعويض من البرنامج عن النفقات غير المعوّض عنها.
 - أُمِنح الإذن لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك بتبادل الحد الأدنى من المعلومات الضرورية مع أي جهة دفع خارجية محددة من قبل المتبرع الحي أو مركز زراعة الأعضاء عند الحاجة إلى مراجعتها أو لأغراض التحقق من صحتها.
- بالتوقيع على هذا النموذج، أصرح، تحت طائلة عقوبة الحنث في اليمين بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية، بأن جميع المعلومات التي قدمتها حقيقة وصحيحة. أدرك أيضًا أن القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية قد تنص على عقوبات بالغرامة و/أو السجن، أو رفض المساعدة في التعويض المطلوب إذا لم أقل الحقيقة عند التقدم بطلب المساعدة ضمن برنامج دعم المتبرعين الأحياء بولاية نيويورك أو إذا أخفيت أي حقائق بشأن المعلومات المذكورة في عملية الطلب، أو امتنعت عن الإفصاح عنها.

توقيع المتبرع:

توقيع مقدم الطلب لمركز زراعة الأعضاء: _____ التاريخ: _____

الاسم الكامل لمقدم الطلب: _____

المسمى الوظيفي لمقدم الطلب: _____

رقم هاتف مقدم الطلب: _____

البريد الإلكتروني لمقدم الطلب: _____