

**Descripción general y elegibilidad:** El Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York ayuda a los donantes vivos elegibles de órganos con los gastos de viaje, alojamiento y comidas, con los salarios no percibidos o el costo del tiempo perdido, con los gastos de cuidado de dependientes y con ciertos gastos médicos no reembolsados asociados con el proceso de donación en vida. Para presentar la solicitud, el donante deberá completar las secciones que le correspondan y adjuntar copias de los documentos aprobados para demostrar su residencia en el Estado de Nueva York. El receptor deberá completar la sección que le corresponda en la solicitud y adjuntar copias de los documentos aprobados que acrediten también su residencia en el Estado de Nueva York. La elegibilidad para el Programa de Apoyo para Donantes Vivos debe determinarse **antes** de la cirugía.

Tenga en cuenta que esta solicitud es necesaria para decidir la aceptación o el rechazo para participar en el programa. Una vez aprobada la solicitud de elegibilidad, será necesario mantener comunicaciones y presentar documentación adicional ante el programa para recibir el reembolso. Se encuentran disponibles planillas que sirven como guía para determinar cómo pueden distribuirse los reembolsos entre las distintas categorías de gastos elegibles: gastos de viaje, alojamiento y comidas, salarios no percibidos o costo del tiempo perdido, gastos de cuidado de dependientes y ciertos costos médicos no reembolsados asociados con la cirugía de donación en vida, según las necesidades del donante. Los donantes pueden solicitar reembolsos en una o en todas las categorías de gastos elegibles. Ningún donante recibirá un reembolso por un monto superior a \$14,000.00 por una donación en vida.

## INSTRUCCIONES

1. Complete la solicitud del donante y asegúrese de responder todas las preguntas obligatorias.
2. Adjunte el comprobante de su residencia en el Estado de Nueva York. Se requieren dos comprobantes diferentes de residencia actual. Los comprobantes deben tener fecha dentro de los 90 días previos a la presentación de la solicitud. Los documentos presentados para acreditar la residencia en el Estado de Nueva York deben mostrar el nombre completo del donante vivo y su domicilio actual. A continuación, se incluye una lista aprobada de documentos de residencia:
  - Carta de residencia
  - Estados de cuenta de alquiler o hipoteca
  - Recibo de sueldo de su empleador
  - Estados de cuenta bancarios o de inversiones
  - Talones de cheques de desempleo
  - Tarjeta de inscripción en el registro electoral
  - W2 o 1099
  - Declaraciones de Seguro Social o discapacidad
  - Facturas de impuestos inmobiliarios
  - Facturas telefónicas
  - Facturas de servicios públicos
  - Declaraciones de impuestos
3. Una vez completada, entregue la solicitud, incluidos los documentos adjuntos y la declaración jurada firmada, a su trabajador social o profesional de trasplantes, quien revisará y enviará la solicitud al Programa de Apoyo para Donantes Vivos en su nombre. No la envíe directamente al Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

## ¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Comuníquese con su trabajador social designado o con el profesional de trasplantes del centro de trasplantes si necesita ayuda o aclaraciones. También puede comunicarse con el Programa de Apoyo para Donantes Vivos, llamando al (518) 408-3431 o escribiéndonos a [LivingDonor@health.ny.gov](mailto:LivingDonor@health.ny.gov).

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**PROGRAMA DE APOYO PARA DONANTES VIVOS: SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL DONANTE****INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (DONANTE VIVO)**

**Instrucciones:** Debe completarla el donante vivo solicitante y debe presentarse en el centro de trasplantes antes de la cirugía.

Nombre del donante vivo	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

**Domicilio principal del donante vivo**  Marque esta casilla si el donante y el receptor viven en el mismo domicilio

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Recibe correspondencia en el domicilio principal?**  Sí  No Si la respuesta es negativa, indique su domicilio postal a continuación:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Se requieren dos documentos que acrediten la residencia en el Estado de Nueva York al momento de presentar la solicitud.

Consulte la página 1 para ver los documentos aceptados. Indique a continuación qué dos documentos adjuntará:

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

**Órgano previsto para la donación:**  Riñón  Hígado  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Nombre del receptor final previsto: \_\_\_\_\_

**Situación laboral del donante:**  Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Con licencia por incapacidad  Trabajador independiente  Persona a cargo del hogar/cuidador  Estudiante  Desempleado  Jubilado  Otro

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL DONANTE VIVO**

Con el fin de comprender mejor a la población que recibe los servicios del Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York, le solicitamos que complete la siguiente sección. Sus respuestas no influyen en la elegibilidad para el programa ni en las decisiones de reembolso.

**Género:**  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

**Raza/origen étnico:**  Blanco, no hispano  Negro, no hispano  Hispano/latino  Desconocido/otro  
 Asiático, no hispano  Indígena estadounidense/nativo de Alaska, no hispano  
 Isleño del Pacífico, no hispano  Multirracial, no hispano

**Educación:**  Menos que escuela secundaria  Graduado de escuela secundaria/GED  
 Escuela técnica o de oficios  Algunos estudios universitarios  Título universitario de 2 años  
 Título universitario de 4 años  Estudios posteriores a un título universitario de 4 años

**Idioma de preferencia:** \_\_\_\_\_ **¿Necesita servicios de asistencia lingüística?**  Sí  No

**Nombre de preferencia:** \_\_\_\_\_ **Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**¿Para qué categorías prevé solicitar reembolso?**

Salarios  Cuidado de dependientes  Viajes  Persona de apoyo  Gastos médicos no reembolsados

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (DONANTE VIVO)**

**Profesionales de trasplantes:** conserve una copia de este formulario en la historia clínica del donante.

**Instrucciones:** escriba su nombre en el espacio en blanco cercano a la parte superior, lea todas las declaraciones y firme al final.

- Yo, \_\_\_\_\_, como solicitante para ser donante vivo de órgano en el Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York, he brindado toda la información solicitada en la solicitud de elegibilidad de manera veraz y completa, y declaro que tengo previsto avanzar en los procesos de evaluación, cirugía y seguimiento del donante vivo según lo descrito por el centro de trasplantes, a menos que dicho centro indique que no puedo continuar con el proceso para convertirme efectivamente en donante vivo.
- El personal del centro de trasplantes me informó en qué consiste la compensación de valor (valuable consideration) y, según mi entender, cumplo plenamente con la Sección 301 de NOTA (42 U.S.C. § 274e), que establece, entre otras disposiciones, que ninguna persona puede adquirir, recibir ni transferir a sabiendas ningún órgano humano a cambio de una compensación de valor para su uso en un trasplante humano.
  - Mi decisión de convertirme en donante vivo no estuvo motivada por el intercambio de ninguna compensación de valor.
  - No poseo información que indique la existencia de una compensación de valor en relación con mi donación en vida.
  - Comprendo que el Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York, conforme a la ley estatal, no puede reembolsar a ningún donante vivo de órganos los salarios no percibidos, los gastos de viaje o cualquier otro gasto calificado si el donante ha recibido o debería recibir reembolso por esos gastos a través de un tercero pagador, como una póliza de seguro, un beneficio del empleador, un programa estatal de compensación, un programa federal o estatal de beneficios de salud o una entidad que brinde cobertura de salud prepagada.
  - Autorizo al centro de trasplantes a compartir mi información con el Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York con fines de verificación de información, determinación de elegibilidad para el programa o procesamiento de reembolsos.
  - Reconozco que el reembolso de gastos calificados, por ejemplo, los salarios no percibidos, podría estar sujeto a la obligación de declaración de impuestos federales o estatales. El solicitante es responsable de consultar a un asesor fiscal calificado para determinar la carga tributaria asociada con los reembolsos recibidos del Programa de Apoyo para Donantes Vivos. El Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York no es responsable de las consecuencias fiscales derivadas del programa de reembolsos.
  - Si se determina que soy elegible para participar en el Programa de Apoyo para Donantes Vivos, antes de solicitar el reembolso de los gastos calificados al programa, buscaré primero el reembolso a través de cualquier tercero pagador disponible para mí y proporcionaré esta información al Programa de Apoyo para Donantes Vivos al presentar cualquier solicitud de reembolso por gastos no reembolsados.
  - Autorizo al Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York a intercambiar la información mínima necesaria con cualquier tercero pagador identificado por el donante vivo o por el centro de trasplantes cuando sea necesario para fines de revisión o verificación.

Al firmar este formulario, declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes federales y estatales, que toda la información que he brindado es verdadera y correcta. Además, comprendo que las leyes federales y estatales pueden imponer sanciones económicas o penas de prisión, o bien la denegación de la asistencia solicitada, si no apporto información cierta al solicitar asistencia en el marco del Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York o si oculto o no revelo datos relativos a la información suministrada durante el proceso de solicitud.

Firma del donante: \_\_\_\_\_

Firma de la persona del centro de trasplantes que presenta la solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo de quien presenta la solicitud: \_\_\_\_\_

Cargo de quien presenta la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de quien presenta la solicitud: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de quien presenta la solicitud: \_\_\_\_\_