

## Demande d'admissibilité au Programme de soutien aux donneurs vivants (Living Donor Support Program Eligibility Application) Demande du donneur (Donor Application)

**Aperçu et admissibilité :** Le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York aide les donneurs d'organes vivants admissibles à couvrir leurs frais de déplacement, d'hébergement et de repas, leurs pertes de salaires ou le coût du temps perdu, les frais de garde des personnes à charge et certains frais médicaux non remboursés liés au processus de don d'organe prélevé sur un donneur vivant. Pour faire sa demande, le donneur devra remplir les sections qui lui sont réservées dans le formulaire de demande et joindre des exemplaires des documents approuvés prouvant sa résidence dans l'État de New York. Le receveur devra remplir la section qui lui est réservée dans le formulaire de demande et joindre des exemplaires des documents approuvés prouvant sa résidence dans l'État de New York. L'admissibilité au Programme de soutien aux donneurs vivants doit être déterminée **avant** l'intervention chirurgicale.

Veillez noter que cette demande est nécessaire pour déterminer l'acceptation ou le refus dans le programme. Une communication supplémentaire et des soumissions au programme seront nécessaires pour recevoir le remboursement après l'approbation de la demande d'admissibilité. Des feuilles de calcul sont disponibles pour servir de guide sur la manière dont le remboursement peut être réparti entre les dépenses admissibles liées aux frais de déplacement, d'hébergement et de repas, les pertes de salaires ou le coût du temps perdu, les frais de garde de personnes à charge et certaines dépenses médicales non remboursées liées à la chirurgie de don vivant spécifique aux besoins du donneur. Les donneurs peuvent demander le remboursement d'une ou de toutes les catégories de dépenses admissibles. Aucun donneur ne sera remboursé à hauteur de plus de 14 000 \$ par don de son vivant.

### INSTRUCTIONS

1. Remplissez la demande du donneur, en veillant à répondre à toutes les questions obligatoires.
2. Joignez une preuve de votre résidence dans l'État de New York. Deux preuves différentes de résidence actuelle sont requises. Les preuves doivent être datées des 90 derniers jours précédant le dépôt de la demande. Les documents présentés pour prouver la résidence dans l'État de New York doivent indiquer le nom complet du donneur vivant et son lieu de résidence actuel. Vous trouverez ci-dessous la liste des documents de résidence approuvés :
  - Attestation de résidence
  - Relevés hypothécaires ou bail actuel
  - Fiche de paie de l'employeur
  - Relevés bancaires ou relevés d'investissement
  - Talons de chèque de chômage
  - Carte d'électeur
  - W2 ou 1099
  - Relevés de sécurité sociale ou d'invalidité
  - Avis d'impôt foncier
  - Factures de téléphone
  - Factures de services publics
  - Déclarations fiscales
3. Une fois la demande remplie, remettez-la, accompagnée des pièces jointes et de l'attestation signée, à votre travailleur social ou à votre professionnel de la transplantation, qui l'examinera et le soumettra au Programme de soutien aux donneurs vivants pour vous. Veuillez ne pas l'envoyer directement au Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

### VOUS AVEZ DES QUESTIONS?

Si vous avez besoin d'aide ou d'éclaircissements, veuillez contacter votre travailleur social attitré ou le professionnel chargé des transplantations au centre de transplantation. Vous pouvez également contacter le Programme de soutien aux donneurs vivants au (518) 408-3431 ou par courriel à l'adresse [LivingDonor@health.ny.gov](mailto:LivingDonor@health.ny.gov).

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**PROGRAMME DE SOUTIEN AUX DONNEURS VIVANTS : DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ DES DONNEURS****INFORMATIONS POUR LES DEMANDEURS DONNEURS VIVANTS**

**Instructions :** À remplir par le demandeur donneur vivant et à soumettre au centre de transplantation avant l'intervention chirurgicale.

Prénom du donneur vivant	Initiale du second prénom	Nom	Date de naissance

Adresse principale du donneur vivant  Cocher si le donneur et le receveur vivent à la même adresse

Adresse 1 : \_\_\_\_\_

Adresse 2 : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone préféré : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Recevez-vous du courrier à l'adresse principale?  Oui  Non Si non, indiquez l'adresse postale :

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Deux documents attestant de la résidence dans l'État de New York sont requis au moment du dépôt de la demande. Voir la page 1 pour les documents acceptés. Veuillez indiquer ci-dessous les deux documents que vous joindrez :

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

Organe destiné au don :  Rein  Foie  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Nom du receveur final : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle du donneur :  Employé à temps plein  Employé à temps partiel  En congé pour invalidité  
 Travailleur indépendant  Personne au foyer/aidant  Étudiant  Sans emploi  
 Retraité  Autre

**DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES DONNEURS VIVANTS**

Afin de mieux comprendre la population desservie par le programme d'aide aux donneurs vivants de l'État de New York, nous vous demandons de bien vouloir remplir la section suivante. Vos réponses aux questions ci-dessous n'ont aucune incidence sur l'admissibilité au programme ou les décisions de remboursement.

Genre :  Masculin  Féminin  Autre : \_\_\_\_\_

Race/Ethnicité :  Blanc, non hispanique  Noir, non hispanique  Hispanique/Latino  Inconnu/Autre  
 Asiatique, non hispanique  Amérindien/Autochtone d'Alaska, non hispanique  
 Insulaire du Pacifique, non hispanique  Multiracial, non hispanique

Éducation :  Moins que le niveau secondaire  Diplômé du secondaire/GED  École technique/professionnelle  
 Études universitaires partielles  Diplôme universitaire de 2 ans  Diplôme universitaire de 4 ans  
 Au-delà d'un diplôme universitaire de 4 ans

Langue préférée : \_\_\_\_\_ Avez-vous besoin de services d'assistance linguistique?  Oui  Non

Nom préféré : \_\_\_\_\_ Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour quelles catégories prévoyez-vous de demander un remboursement?

- Salaires  Soins aux personnes à charge  Déplacements  Personne de soutien  
 Frais médicaux non remboursés

**OFFICE USE ONLY****Application #:****Applicant #:****FORMULAIRE D'ATTESTATION DU DEMANDEUR DONNEUR VIVANT**

**Professionnels de la transplantation :** Veuillez conserver un exemplaire de ce formulaire dans le dossier médical du donneur.

**Instructions :** Inscrivez votre nom dans l'espace prévu à cet effet en haut du document, lisez attentivement toutes les déclarations, puis signez en bas du document.

Je soussigné, \_\_\_\_\_, en tant que candidat au don d'organe de mon vivant dans le cadre du Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York, ai fourni de manière véridique et complète toutes les informations demandées dans la demande d'admissibilité et certifie que j'ai l'intention de me soumettre à l'évaluation, à l'intervention chirurgicale et au suivi prévus par le centre de transplantation, à moins que celui-ci ne m'indique que je ne peux pas devenir donneur vivant.

- Le personnel du centre de transplantation m'a informé de ce qui constitue une « contrepartie de valeur » (valuable consideration) et, d'après ce que j'ai compris, je me conforme pleinement à la Section 301 de la NOTA (42 U.S.C. §274e), qui stipule, en partie, qu'il est illégal pour toute personne d'acquérir, de recevoir ou de transférer sciemment un organe humain en échange d'une contrepartie de valeur en vue de l'utiliser dans le cadre d'une transplantation humaine.
- Ma décision de devenir un donneur d'organe vivant n'a pas été motivée par l'échange d'une contrepartie de valeur.
- Je ne dispose d'aucune information indiquant qu'une contrepartie de valeur est échangée dans le cadre de cette procédure de don d'organe de mon vivant.
- Je comprends que le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York, en vertu de la loi de l'État, ne peut rembourser à aucun donneur d'organe vivant les salaires perdus, les frais de déplacement et toutes autres dépenses admissibles si le donneur a reçu ou devrait recevoir le remboursement de ces dépenses de la part d'un tiers payeur tel qu'une police d'assurance, une prestation d'employeur, un programme d'indemnisation de l'État, un programme fédéral ou étatique de prestations de santé, ou une entité qui fournit une assurance maladie sur une base prépayée.
- J'autorise le centre de transplantation à partager mes informations avec le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York à des fins de vérification des informations, de détermination de l'admissibilité au programme et/ou de remboursement.
- Je reconnais que le remboursement des dépenses admissibles, par exemple les salaires perdus, peut être soumis à l'impôt fédéral et/ou étatique sur le revenu. Il incombe au demandeur de contacter un conseiller fiscal qualifié afin de déterminer l'impôt à payer sur le remboursement reçu dans le cadre du Programme de soutien aux donneurs vivants. Le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York n'est pas responsable des conséquences fiscales du programme de remboursement.
- Si je suis jugé admissible au Programme de soutien aux donneurs vivants, avant de demander le remboursement des dépenses admissibles dans le cadre du programme, je demanderai le remboursement auprès de tout organisme payeur tiers à ma disposition et je divulguerai cette information au Programme de soutien aux donneurs vivants lorsque je demanderai le remboursement des dépenses non remboursées dans le cadre du programme.
- J'autorise le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York à échanger les informations minimales nécessaires avec tout organisme payeur tiers identifié par le donneur vivant ou le centre de transplantation lorsque cela est nécessaire à des fins d'examen ou de vérification.

En signant ce formulaire, je déclare, sous peine de parjure en vertu des lois fédérales et étatiques, que toutes les informations que j'ai fournies sont véridiques et exactes. Je comprends également que les lois fédérales et étatiques peuvent prévoir des sanctions sous forme d'amendes et/ou d'emprisonnement ou le refus de l'aide au remboursement demandée si je ne dis pas la vérité lorsque je demande une aide dans le cadre du Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York ou si je dissimule ou omet de divulguer des faits concernant les informations fournies dans le cadre de la procédure de demande.

**Signature du donneur :** \_\_\_\_\_

**Signature du déposant de la demande auprès du centre de transplantation :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom complet du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_

**Titre du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_

**Adresse de courriel du déposant de la demande :** \_\_\_\_\_