

Descrizione e idoneità: Il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York aiuta i donatori di organi viventi idonei a far fronte alle spese di viaggio, alloggio e vitto, al mancato guadagno o al costo del tempo perso, oltre alle spese per l'assistenza a persone a carico e alcune spese mediche non rimborsate associate al processo di donazione da vivente. Ai fini della domanda, il donatore dovrà compilare le sezioni designate dell'apposito modulo e allegare copie dei documenti approvati che ne attestino la residenza nello Stato di New York. Anche il ricevente dovrà compilare la sezione designata della domanda e allegare copie dei documenti approvati che ne attestino la residenza nello Stato di New York. L'idoneità al Programma di sostegno per donatori viventi deve essere stabilita **prima** dell'intervento chirurgico.

Tenere presente che è necessario presentare questa domanda affinché venga stabilita l'idoneità o l'esclusione dal programma. Dopo l'approvazione della domanda di idoneità, ai fini del rimborso occorrerà comunicare ulteriori informazioni e presentare ulteriori documenti. Sono disponibili moduli da utilizzare per capire come il rimborso potrà essere ripartito tra le spese ammissibili di viaggio, alloggio e pasti, il mancato guadagno o il costo per il tempo perso, le spese per l'assistenza a persone a carico e alcune spese mediche non rimborsate in relazione all'intervento chirurgico di donazione da vivente specifico per le esigenze del donatore. I donatori potranno richiedere il rimborso di una o di tutte le categorie di spese ammissibili. Il singolo donatore potrà ricevere un rimborso massimo di 14.000,00 dollari per ogni donazione da vivente.

ISTRUZIONI

1. Compilare la domanda del donatore, avendo cura di rispondere a tutte le domande pertinenti.
2. Allegare l'attestazione di residenza nello Stato di New York. Devono essere presentati due diversi documenti che attestino la residenza attuale. Tali documenti devono riportare una data non superiore a 90 giorni prima della presentazione della domanda. I documenti presentati per comprovare la residenza nello Stato di New York devono riportare sia il nome completo del donatore vivente, sia la sua attuale residenza. Di seguito viene riportato l'elenco approvato dei documenti attestanti la residenza:
 - Certificato di residenza
 - Contratto di locazione o estratto conto del mutuo
 - Busta paga rilasciata dal datore di lavoro
 - Estratti conto bancari o di investimenti
 - Indennità di disoccupazione
 - Scheda elettorale
 - Modulo W2 o 1099
 - Numero di previdenza sociale o certificato di invalidità
 - Ricevute di pagamento imposte sugli immobili
 - Bollette telefoniche
 - Bollette di utenze
 - Dichiarazioni dei redditi
3. Consegnare la domanda debitamente compilata, compresi gli allegati e l'attestazione firmata, all'assistente sociale o al responsabile dei trapianti, che provvederà a esaminarla e la invierà per conto dell'interessato al Programma di sostegno per donatori viventi. Le ricordiamo di non inviare la domanda direttamente al Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

DOMANDE?

Per informazioni o chiarimenti rivolgersi all'assistente sociale o al responsabile dei trapianti designato presso il centro trapianti. È anche possibile contattare il Programma di sostegno per donatori viventi chiamando il numero (518) 408-3431 o inviando un'email a LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

PROGRAMMA DI SOSTEGNO PER DONATORI VIVENTI: DOMANDA DI IDONEITÀ DEL DONATORE**INFORMAZIONI PER IL DONATORE VIVENTE**

Istruzioni: Da compilare a cura del donatore vivente che presenta la domanda e da inviare al centro trapianti prima dell'intervento chirurgico.

Nome del donatore vivente	Iniziale secondo nome	Cognome	Data di nascita

Indirizzo di residenza principale del donatore vivente Selezionare se donatore e ricevente vivono allo stesso indirizzo

Indirizzo 1: _____

Indirizzo 2: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Numero di telefono principale: _____ Altro numero di telefono _____

E-mail: _____

Riceve la posta all'indirizzo principale? Sì No In caso negativo, indicare un indirizzo postale:

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Contestualmente alla domanda devono essere allegati due documenti che attestino la residenza nello Stato di New York. Per informazioni sui documenti accettati vedere pagina 1. Indicare qui di seguito i due documenti che verranno allegati:

1. _____ 2. _____

Organo destinato alla donazione: Rene Fegato Altro, specificare: _____

Nome del ricevente finale: _____

Stato occupazionale del donatore: Lavoratore a tempo pieno Lavoratore part-time In congedo per invalidità
 Lavoratore autonomo Casalinga/Badante Studente Disoccupato
 Pensionato Altro

DATI DEL DONATORE VIVENTE

Per comprendere meglio la popolazione cui si rivolge il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York, le chiediamo di compilare la sezione seguente. Le risposte alle domande seguenti non influiscono sull'idoneità al programma, né sulle decisioni relative ai rimborsi.

Genere: Maschile Femminile Altro: _____

Razza/Etnia: Bianca, non ispanica Nera, non ispanica Ispanica/Latina Non so/Altra
 Asiatica, non ispanica Indigena americana/nativa dell'Alaska, non ispanica
 Delle isole del Pacifico, non ispanica Multirazziale, non ispanica

Istruzione: Scuola media inferiore Diploma di scuola superiore/GED Scuola professionale
 College non completato Laurea biennale Laurea quadriennale Post-laurea quadriennale

Lingua preferita: _____ **Necessita di servizi di assistenza linguistica?** Sì No

Nome col quale preferisce essere chiamato: _____ **Nome in stampatello:** _____

Firma: _____ **Data:** _____

Per quali categorie prevede di richiedere il rimborso?

Mancato guadagno Assistenza di persone a carico Viaggio Accompagnatore
 Spese mediche non rimborsate

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****MODULO DI ATTESTAZIONE DEL DONATORE VIVENTE****Responsabili dei trapianti:** Inserire una copia di questo modulo nella cartella clinica del donatore.**Istruzioni:** Scrivere il nome nello spazio vuoto in alto, leggere attentamente le dichiarazioni e firmare in fondo alla pagina.

Io sottoscritto, _____, in qualità di donatore vivente di organi nell'ambito del Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York, dichiaro di aver fornito in modo veritiero e completo tutte le informazioni richieste nella domanda di idoneità e dichiaro altresì che intendo procedere con la valutazione come donatore vivente, l'intervento chirurgico e i processi di follow-up descritti dal centro trapianti, a meno che il centro stesso non ritenga che non sia in grado di procedere con la donazione da vivente.

- Il personale del centro trapianti mi ha informato in merito a ciò che costituisce un corrispettivo di valore (valuable consideration) e, per quanto mi è dato di comprendere, ritengo di essere pienamente conforme alla Sezione 301 di NOTA (42 U.S.C. §274e), che stabilisce, in parte, che è illegale per qualsiasi persona acquistare, ricevere o trasferire consapevolmente qualsiasi organo umano a titolo oneroso per l'uso in trapianti umani.
- La mia decisione di diventare un donatore vivente non è stata motivata dallo scambio di alcun corrispettivo di valore.
- Non dispongo di alcuna informazione che indichi che sia in corso uno scambio di corrispettivo di valore in relazione alla mia donazione da vivente.
- Sono consapevole che il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York, ai sensi della legge statale, non può rimborsare a nessun donatore vivente di organi le spese sostenute per il mancato guadagno, i viaggi ed eventuali altre spese ammissibili nel caso in cui il donatore abbia ricevuto o dovrebbe ricevere il rimborso di tali spese da terzi pagatori, ad esempio, polizze assicurative, benefit del datore di lavoro, programmi di indennizzo statali, programmi sanitari federali o statali o enti che forniscono assicurazione sanitaria su base prepagata.
- Autorizzo il centro trapianti a comunicare i miei dati al Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York a fini di verifica dei dati stessi, valutazione dell'idoneità al programma e/o rimborso.
- Riconosco che il rimborso delle spese ammissibili, ad esempio per mancato guadagno, può essere soggetto alla dichiarazione dei redditi federale e/o statale. Il richiedente è tenuto a contattare un consulente fiscale qualificato per determinare l'imponibilità fiscale del rimborso ricevuto dal Programma di sostegno per donatori viventi. Il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York non è responsabile per eventuali conseguenze fiscali derivanti dal programma di rimborso.
- Se ritenuto idoneo a partecipare al Programma di sostegno per donatori viventi, prima di richiedere il rimborso delle spese ammissibili in base al programma, richiederò il rimborso a eventuali terzi pagatori cui posso rivolgermi e comunicherò tali informazioni al Programma di sostegno per donatori viventi al momento della richiesta di rimborso dal programma per le spese non rimborsate.
- Autorizzo il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York a scambiare le minime informazioni necessarie con qualsiasi terzo pagatore individuato dal donatore vivente o dal centro trapianti, se necessario a fini di revisione o verifica.

Con la firma del presente modulo dichiaro, sotto pena di spergiuro ai sensi delle leggi federali e statali, che tutte le informazioni da me fornite sono veritiere e corrette. Sono inoltre consapevole che le leggi federali e statali possono prevedere sanzioni pecuniarie e/o detentive o il rifiuto del rimborso richiesto in caso di false dichiarazioni nella domanda presentata nell'ambito del Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York o di occultamento o mancata comunicazione di fatti relativi alle informazioni fornite nell'iter della domanda.

Firma del donatore: _____**Firma dell'operatore del centro trapianti che riceve la domanda:** _____ **Data:** _____**Nome e cognome dell'operatore che riceve la domanda:** _____**Titolo dell'operatore che riceve la domanda:** _____**Numero di telefono dell'operatore che riceve la domanda:** _____**E-mail dell'operatore che riceve la domanda:** _____