

# 生体ドナー支援プログラム資格申請書 (Living Donor Support Program Eligibility Application) ドナーによる申請書 (Donor Application)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Organ Donation and Transplant

**プログラムの概要と資格要件：** ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、資格要件を満たした生体ドナーに対し、旅費、宿泊費、食費、休業補償、時間的損失に伴う費用、扶養家族の介護費用、および生体ドナーによる臓器提供プロセスに関連する一定の未払い医療費の支援を提供します。申請にあたって、ドナーは申請書の中で指定された欄に記入し、ニューヨーク州居住を証明する承認されている書類のコピーを添付する必要があります。レシピエントも、申請書の中で指定された欄に記入し、ニューヨーク州居住者であることを証明する承認されている書類のコピーを添付する必要があります。生体ドナー支援プログラムの受給資格は、手術前に決定される必要があります。

この申請書は、プログラムへの参加可否を判断するために必要となりますのでご注意ください。資格申請が承認された後、補償を受けるために当プログラムとのさらなる連絡および書類提出が必要となります。補償対象である各費用（旅費、宿泊費、食費、逸失賃金または時間損失に伴う費用、扶養家族の介護費用、およびドナーのニーズに特化した臓器摘出手術に関連する一定の未払い医療費）の配分方法については、ワークシートをご参照ください。ドナーは、対象であるこれらの費用のいずれか、またはすべてについて払い戻しを申請することができます。生体ドナー1名につき、補償の上限額は14,000ドルです。

## 記入方法の説明

- ドナーによる申請書に記入し、必要な質問すべてに必ず回答してください。
- ニューヨーク州居住者であることを証明する書類を添付してください。現在居住していることを証明する書類は2種類必要です。証明書類は、申請書提出日前の90日以内に発行されたものでなければなりません。ニューヨーク州在住を証明するために提出する書類には、生体ドナーのフルネームと現住所の両方が記載されている必要があります。承認されている居住証明書類の一覧は下記をご覧ください。
  - 居住証明書
  - 失業手当の明細書
  - 固定資産税明細書
  - 賃貸契約書または住宅ローン明細書
  - 有権者登録カード
  - 電話料金明細書
  - 1099のW2
  - 公共料金明細書
  - 勤務先からの給与明細書
  - ソーシャルセキュリティまたはは障がい者明細書
  - 確定申告書
  - 銀行取引明細または投資の明細書
- 申請書に記入後、添付書類と署名済みの宣誓書を添えて、担当のソーシャルワーカーまたは移植医療専門家にお渡しください。担当者が内容を確認し、生体ドナー支援プログラムに提出します。ニューヨーク州生体ドナー支援プログラム (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP) に直接送付しないでください。

## ご質問がありますか？

ご不明な点やご質問がある場合は、移植センターの担当ソーシャルワーカーまたは移植医療専門家にご連絡ください。また、生体ドナー支援プログラム(518) 408-3431、またはメールアドレス：[LivingDonor@health.ny.gov](mailto:LivingDonor@health.ny.gov)までお問い合わせいただくこともできます。

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## 生体ドナー支援プログラム：ドナー資格申請書

## 生体ドナー申請者情報

注意事項：生体ドナー申請者本人が記入し、手術前に移植センターに提出してください。

生体ドナーのファーストネーム	ミドルネーム のイニシャル	ラストネーム (姓)	生年月日

レシピエントの主たる住居の住所  ドナーとレシピエントが同じ住所に住んでいる場合、こちらにチェックを入れてください。

住所： \_\_\_\_\_

住所（続き）： \_\_\_\_\_

市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ ZIPコード： \_\_\_\_\_

主な電話番号： \_\_\_\_\_ 代替の電話番号： \_\_\_\_\_

Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

主たる住所で郵便物を受け取っていますか？  はい  いいえ  いいえの場合、次に郵送先住所をご記入ください：

住所： \_\_\_\_\_

市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ ZIPコード： \_\_\_\_\_

申請書の提出時に、ニューヨーク州在住を証明する書類が2点必要となります。

提出可能な書類については1ページ目をご覧ください。以下に、添付する書類2点を明記してください。：

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

提供される臓器： 腎臓  肝臓  その他（具体的に記入してください）： \_\_\_\_\_

最終的な対象レシピエントの氏名： \_\_\_\_\_

ドナーの雇用状況  フルタイム勤務  パートタイム勤務  一時的労働不能休暇  自営業

ホームメイカー／介護者  学生  無職  退職  その他

## 生体ドナーに関する情報

ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムが、プログラムの対象である人口層をより理解するために以下の項目にご記入ください。以下の質問への回答が、プログラムの参加資格や払い戻しの決定に影響することはありません。

性別： 男性  女性  その他： \_\_\_\_\_

人種／民族： 白人（ヒスパニック系以外）  黒人（ヒスパニック系以外）  ヒスパニック／ラテン系  
 不明／その他  アジア系（ヒスパニック系以外）  アメリカ先住民／アラスカ先住民（ヒスパニック系以外）  太平洋諸島系（ヒスパニック系以外）  多人種（ヒスパニック系以外）

学歴： 高校卒業未満  高校卒業／GED取得者  技術／職業専門学校  大学中退  2年制大学卒業  
 4年制大学卒業  4年制大学以上

優先する言語： \_\_\_\_\_ 言語支援サービスが必要ですか？  はい  いいえ

プリファード・ネーム： \_\_\_\_\_ 氏名（活字体）： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

どのようなカテゴリーの費用について補償を申請する予定ですか？

賃金  扶養家族の介護  旅費  介助者  未払いの医療費

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## 生体ドナー申請者宣誓書

移植担当者：この用紙のコピーをドナーの医療記録に保管してください。

注意事項：上部の空白欄に氏名を記入し、以下の宣誓文をすべてお読みいただき、下部に署名してください。

私、\_\_\_\_\_は、ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムの生体ドナー候補者として、資格申請書に記載されているすべての情報を真実かつ完全に提供したことをここに誓約します。また、移植センターから生体ドナーとなることが不可能であると判断されない限り、移植センターが定める生体ドナー評価、摘出手術、および術後経過観察の手順に従って手続きを進める意向であることを表明します。

- 移植センターの職員から「有償の対価 (valuable consideration)」とは何かについて説明を受け、私の理解する限り、私はNOTA (42 U.S.C. §274e) 第301条を完全に遵守しています。同条は、いかなる者も、人間への移植のために有償の対価と引き換えに、人間の臓器を取得、受領、またはその他の方法で譲渡することを故意に行ってはならないと規定しています。
- 私が生体ドナーになることを決めたのは、いかなる有償の対価の交換が動機となったものでもありません。
- この生体ドナーとしての臓器提供に関連して、何らかの対価が授受されていることを示す情報は一切持っていません。
- ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、州法に基づき、生体ドナーが、保険、雇用主による福利厚生、州の補償プログラム、連邦または州の医療給付プログラム、前払いによる医療保険を提供する機関などの第三者機関から、賃金損失、旅費、その他の対象となる費用について償還を受けている場合、または今後受ける場合には、これらの費用をドナーに償還することはできないことを理解しています。
- 私は、移植センターが私の情報をニューヨーク州生体ドナー支援プログラムに共有することに同意します。これは、情報確認、プログラムの資格要件の判定、および／または償還手続きのために行われるものです。
- 私は、例えば逸失賃金などの対象となる費用に対する払い戻し金が、連邦所得税や州所得税の申告対象となる可能性があることを承知しています。申請者は、生体ドナー支援プログラムから受け取った払い戻し金に係る納税義務について、資格を持つ税務アドバイザーに相談する責任があります。ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、補償プログラムに伴ういかなる税務上の影響についても責任を負いません。
- 生体ドナー支援プログラムへの参加資格があると判断された場合、プログラムから対象である費用の補償を受ける前に、利用可能な第三者支払機関から補償を受け、未払いの費用についてプログラムに補償を申請する際に、その情報を生体ドナー支援プログラムに開示します。
- 私は、ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムに対し、審査または確認のために必要な場合、生体ドナーまたは移植センターが指定する第三者支払機関と必要最低限の情報を交換することを許可します。

この用紙に署名することにより、私は連邦法および州法に基づき、偽証罪の罰則を承知の上で、提供したすべての情報が真実で正確であることを宣言します。さらに、ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムに基づき、支援を申請するにあたって真実を述べなかった場合、または申請手続きにおいて提供した情報に関する事実を隠蔽したり開示しなかった場合、連邦法および州法に基づき、罰金刑や禁固刑、あるいは申請した償還支援の却下などの罰則が科される可能性があることを理解しています。

ドナーの署名： \_\_\_\_\_

移植センターの申請者の署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

申請者氏名 (フルネーム) \_\_\_\_\_

申請者の役職： \_\_\_\_\_

申請者の電話番号： \_\_\_\_\_

申請者のEメールアドレス： \_\_\_\_\_