

Общая информация и соответствие критериям участия. Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк помогает соответствующим критериям живым донорам органов с оплатой их расходов на проезд, проживание и питание, возмещением потерянной заработной платы, упущенного времени, расходов по уходу за иждивенцем, а также определенных невозмещенных медицинских расходов, связанных с участием в процедуре прижизненного донорства органов. Чтобы подать заявку, донор должен заполнить специально предназначенные разделы заявки и приложить копии одобренных документов для подтверждения места жительства в штате Нью-Йорк. Реципиент также должен заполнить специально предназначенные разделы заявки и приложить копии одобренных документов для подтверждения места жительства в штате Нью-Йорк. Соответствие критериям участия в Программе поддержки живых доноров должно быть определено до операции.

Обратите внимание, что данная заявка требуется для определения, будет человек включен в программу или ему будет отказано. Дальнейшая коммуникация и подача документов в программу для получения возмещения будут осуществляться после одобрения заявки на участие. Доступны формы, которые служат руководством по получению и распределению возмещения соответствующих критериям расходов на проезд, проживание и питание, потерянной заработной платы, упущенного времени, расходов по уходу за иждивенцем, а также определенных невозмещенных медицинских расходов, связанных с операцией по прижизненному донорству органов, в соответствии с потребностями донора. Доноры могут потребовать возмещение одной или всех категорий соответствующих критериям расходов. Один донор может получить возмещение в размере не более 14 000,00 долларов за процедуру прижизненного донорства.

ИНСТРУКЦИИ

1. Заполните заявку донора, обязательно ответьте на все необходимые вопросы.
2. Приложите документы, подтверждающие место жительства в штате Нью-Йорк. Необходимо приложить два разных документа, подтверждающие ваше текущее место жительства. Документы должны быть датированы не более чем за 90 дней до даты заполнения заявки. Документы, подаваемые для подтверждения проживания в штате Нью-Йорк, должны включать полное имя живого донора и его текущее место жительства. Ниже см. список одобренных документов для подтверждения места жительства:
 - Справка, подтверждающая место жительства
 - Выписка из договора аренды или договора ипотечного кредитования
 - Квитанция о начислении заработной платы от работодателя
 - Выписка о состоянии банковского счета или инвестиционная декларация
 - Квитанция о начислении пособия по безработице
 - Карта регистрации избирателя
 - Форма W2 или форма 1099
 - Справка о получении социальных выплат или пособия по нетрудоспособности
 - Счета для уплаты налога на недвижимое имущество
 - Счета за телефонную связь
 - Счета за коммунальные услуги
 - Налоговые декларации
3. После заполнения передайте заявку, включая все приложения и подписанную форму заверения, вашему социальному работнику или врачу-трансплантологу для проверки и подачи заявки от вашего имени в Программу поддержки живых доноров. Пожалуйста, не отправляйте заявку напрямую в Программу поддержки живых доноров штата Нью-Йорк (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ?

Если вам потребуются помощь или разъяснения, обратитесь к своему уполномоченному социальному работнику или врачу-трансплантологу в трансплантационном центре. Вы также можете обратиться в Программу поддержки живых доноров по телефону (518) 408-3431 или по адресу электронной почты LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ЖИВЫХ ДОНОРОВ: ЗАЯВКА ДОНОРА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ**ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАЮЩЕМ ЗАЯВКУ ПОТЕНЦИАЛЬНОМ ДОНОРЕ**

Инструкции. Заполняется подающим заявку потенциальным донором и подается в трансплантационный центр до операции.

Имя живого донора	Второй инициал	Фамилия	Дата рождения

Адрес основного места жительства живого донора Поставьте отметку, если донор и реципиент живут по одному адресу

Адрес, строка 1: _____

Адрес, строка 2: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Предпочитаемый номер телефона: _____ Доп. номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Вы получаете почту по основному адресу проживания?

 Да Нет Если вы ответили «Нет», укажите ваш почтовый адрес:

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Два документа, подтверждающие место жительства в штате Нью-Йорк, должны быть предоставлены одновременно с подачей заявки. *Список разрешенных документов см. на стр. 1.* Ниже укажите, какие два документа вы предлагаете:

1. _____ 2. _____

Орган для донорства: Почка Печень Другое, уточните: _____

Имя и фамилия предполагаемого конечного реципиента: _____

Статус занятости донора: Работаю полный рабочий день Работаю неполный рабочий день Пособие по нетрудоспособности Самозанятое лицо/индивидуальный предприниматель Домохозяйка/лицо, осуществляющее уход Студент(-ка) Безработный(-ая) На пенсии Другое**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЖИВОГО ДОНОРА**

Чтобы мы могли лучше понять группу населения, которую обслуживает Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк, просим вас заполнить следующий раздел. Ваши ответы на приведенные ниже вопросы не повлияют на решения о вашем соответствии критериям участия в программе или о возмещении расходов.

Пол: Мужской Женский Другое: _____Раса/этническая принадлежность: Белый, не испаноязычный Черный, не испаноязычный Испаноязычный/латиноамериканец Неизвестно/другое Азиат, не испаноязычный Американский индеец/коренной житель Аляски, не испаноязычный Уроженец островов Тихого океана, не испаноязычный Смешанной расы, не испаноязычныйОбразование: Неоконченная средняя школа Среднее общее образование/GED Профессионально-техническое училище Неоконченный колледж Диплом об окончании двухгодичного колледжа Диплом об окончании четырехгодичного колледжа Более чем четырехгодичный колледжПредпочитаемый язык: _____ Потребуется ли вам услуги переводчика? Да Нет

Предпочитаемые имя и фамилия: _____ Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Подпись: _____ Дата: _____

Возмещение каких категорий расходов вы планируете запрашивать?

 Заработная плата Уход за иждивенцем Проезд Помощник Невозмещенные медицинские расходы

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ФОРМА ЗАВЕРЕНИЯ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВКУ ЖИВОГО ДОНОРА

Вниманию трансплантологов: сохраните копию этой формы в медицинской карте донора.

Инструкции. Напишите свои имя и фамилию в верхней части бланка, прочитайте все утверждения и поставьте внизу свою подпись.

Я, _____, потенциальный живой донор, подающий заявку на участие в Программе поддержки живых доноров штата Нью-Йорк, предоставил(-а) полную и правдивую информацию, запрашиваемую в данной заявке на участие, и я заверяю, что я планирую принять участие в оценке живого донора, операции и последующем наблюдении в соответствии с указаниями трансплантационного центра, если трансплантационный центр не скажет, что я не могу стать действительным живым донором и продолжать участие в процедуре.

- Персонал трансплантационного центра проинформировал меня о том, что представляет собой «ценное вознаграждение» (valuable consideration), и, насколько мне это известно, мной полностью соблюдены требования раздела 301 закона NOTA (42 U.S.C. §274e), который, в частности, предусматривает, что умышленно приобретать, получать или иным образом передавать какие-либо человеческие органы в обмен на ценное вознаграждение для использования в целях пересадки (трансплантации) человеку является незаконным.
- Мое решение стать живым донором не было вызвано стремлением к получению или предоставлению какого-либо ценного вознаграждения.
- Я не располагаю информацией о том, что данная процедура прижизненного донорства предполагает получение или предоставление ценного вознаграждения.
- Я понимаю, что, в соответствии с законодательством штата Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк не сможет предоставить возмещение живому донору органов за потерянную заработную плату, возмещение транспортных и любых иных соответствующих критериям расходов, если донор получил или должен получить возмещение этих расходов от каких-либо сторонних плательщиков, включая оплату по страховому полису, выплаты от работодателя, программу штата по предоставлению компенсации, федеральную программу медицинского страхования или программу медицинского страхования штата или организацию, предоставляющую медицинское страхование на условиях предоплаты.
- Я даю разрешение трансплантационному центру передавать информацию обо мне в Программу поддержки живых доноров штата Нью-Йорк в целях проверки информации, определения соответствия критериям участия в программе и (или) возмещения расходов.
- Я соглашаюсь с тем, что возмещение соответствующих критериям расходов, например потерянной заработной платы, может потребовать предоставления отчетности в федеральные налоговые органы и (или) налоговые органы штата. Заявитель несет ответственность за обращение к квалифицированному налоговому консультанту, который определит обязательства по уплате налога на возмещенные Программой поддержки живых доноров расходы. Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк не несет ответственности за налоговые последствия программы возмещения расходов.
- Если мое соответствие критериям участия в Программе поддержки живых доноров будет подтверждено, прежде чем подать запрос на возмещение соответствующих критериям расходов в программу, я обращусь за возмещением к другим доступным мне сторонним плательщикам и передам эту информацию в Программу поддержки живых доноров, когда буду подавать в программу запрос о возмещении каких-либо невозмещенных расходов.
- Я даю разрешение Программе поддержки живых доноров штата Нью-Йорк передавать минимальную необходимую информацию сторонним плательщикам, указанным живым донором или трансплантационным центром, которая требуется в целях проверки и подтверждения.

Подписывая данную форму, я удостоверяю под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, что вся предоставленная мной информация является достоверной и правдивой. Я также понимаю, что федеральное законодательство и законодательство штата могут предусматривать наказание в виде штрафа и (или) тюремного заключения либо отказа в предоставлении запрашиваемой помощи в возмещении расходов, если я предоставлю ложные сведения при подаче заявления на получение помощи в рамках Программы поддержки живых доноров штата Нью-Йорк или если я скрою или не сообщу факты, касающиеся информации, предоставленной в процессе подачи заявки.

Подпись донора: _____

Подпись представителя трансплантационного центра, подающего заявку (заявителя): _____ Дата: _____

Полное имя заявителя: _____

Должность заявителя: _____

Номер телефона заявителя: _____

Адрес электронной почты заявителя: _____