

طلب التعويض (Application For Reimbursement)
برنامج دعم المتبرعين الأحياء (Living Donor Support Program)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

يرجى ملء طلب نموذج التعويض هذا في كل مرة تطلب فيها التعويض، وإرفاق النماذج المعمول بها لأنواع التعويضات المطلوبة.

تاريخ الميلاد	الاسم الأخير	الاسم الأول للمتبرع الحي

مركز زراعة الأعضاء:

رقم الطلب (الممنوح وقت الموافقة على الأهلية):

أيُّ مرحلة في عملية التبرع الحي يُخصص لها طلب التعويض هذا؟
(حدد أكثر من مرحلة واحدة إذا كان ذلك مناسبًا لطلبك)

التقييم/ما قبل الجراحة

الجراحة/التعافي

تاريخ الجراحة: _____

المتابعة

تاريخ (تواريخ) المواعيد (شهر/يوم/سنة): _____

عند تقديم طلب التعويض في هذه المرحلة، يرجى تحديد نتيجة تقييمك (إذا كانت معروفة):

وافق مركز زراعة الأعضاء لي على المضي قدمًا في الجراحة

لم يوافق مركز زراعة الأعضاء لي على المضي قدمًا في الجراحة

غير ذلك، يرجى التوضيح: _____

يرجى إخبارنا بالنفقات التي تحملتها. يلزم تقديم إيصالات تفصيلية والتحقق من الموعد (المواعيد) من مركز زراعة الأعضاء الخاص بك بجانب هذا الطلب لإكمال مراجعة شاملة.

ما النفقات التي ترغب في التعويض عنها في هذه المطالبة؟ (حدد كل ما ينطبق)

الأجر المفقود أو تكلفة الوقت الضائع

التعويض عن نفقات رعاية المعالين

تعويض نفقات السفر/الإقامة للذات

الرعاية الطبية و/أو الأدوية غير المعوّض عنها

تعويض الشخص الداعم

يرجى تخطي أي أنواع من أقسام التعويضات التي لا تنطبق على النفقات التي تطالب بها في هذه المرة.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

رعاية الأطفال

يقدم برنامج دعم المتبرعين الأحياء (Living Donor Support Program) تعويضًا عن نفقات رعاية الأطفال التي تكبدها المتبرع الحي بسبب اضطراره إلى دفع مقابل لشخص ما نظير تقديم الرعاية لطفله (أطفاله)، تلك الرعاية التي كان المتبرع الحي سيقدمها بصورة طبيعية، ولكن عملية التبرع الحي حالت دون ذلك. لن يقدم برنامج دعم المتبرعين الأحياء أي تعويض عن نفقات رعاية الأطفال المقدمة من قبل الآخرين، والتي كانت موجودة قبل بدء عملية التبرع الحي. يوجد نموذج خاص لرعاية الأطفال ذوي الإعاقة، وبالبالغين المعالين، وكبار السن لأن أسعارها وتعويضاتها مختلفة. يرجى التأكد من أنك اخترت النموذج المناسب.

نموذج تعويض رعاية الأطفال
لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية نيويورك

اسم الشخص (الأشخاص) الذي يتلقى الرعاية	تاريخ الميلاد
اسم مقدم (مقدمي) رعاية المعالين	صلة قرابة مقدم الخدمة بالطفل (الأطفال)

لقد حدد برنامج دعم المتبرعين الأحياء حدًا أقصى لأسعار التعويض عن نفقات رعاية الأطفال. بالنسبة إلى الرعاية المقدمة لأكثر من طفل، سيكون التعويض بسعر مكافئ "لفئة دون العامين" (Under 2 category).

يرجى الإشارة إلى التاريخ (شهر/يوم/سنة) وعدد ساعات خدمة رعاية الأطفال المقدمة في ذلك اليوم:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:

بعد قراءة العبارات التالية، يرجى التوقيع على القسم المخصص لك وتاريخه

أقر بأن لديّ طفلاً معالاً واحداً يعتمد عليّ في الرعاية، ومن خلال عملية التبرع الحي، سأضطر إلى دفع مقابل خدمة رعاية الأطفال التي لا أدفعه في الوضع الطبيعي. أدرك أن برنامج دعم المتبرعين الأحياء سيدفع مقابل الرعاية الإضافية الضرورية التي يحصل عليها من أعولهم من قبل الآخرين فقط بسبب متطلبات عملية التبرع الحي الملقاة على عاتقي، ولن يدفع أي مقابل نظير الرعاية التي قد يحصلون عليها وأنا في عملي المعتاد.
توقيع المتبرع الحي: _____ التاريخ: _____

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة، وأني أقدم خدمة رعاية الأطفال بنفسني في التواريخ والساعات المسجلة.
توقيع مقدم الخدمة: _____ التاريخ: _____

الإقرار

أقر، بموجب هذا النموذج، بأن كل ما سبق صواب وحقيقي وصحيح، وأن المبالغ المُطالب بها ضرورية وتم تكبدها في أثناء عملية التبرع الحي.

التاريخ:

التوقيع:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

رعاية المعالين (رعاية الأطفال ذوي الإعاقة، والبالغين المعالين، وكبار السن)

قد يقدم برنامج دعم المتبرعين الأحياء تعويضًا عن نفقات رعاية المعالين التي كان المتبرع الحي يقوم بها بصورة طبيعية، وهي لا تزال مطلوبة، ولكن عملية التبرع الحي حالت دون تقديمها. ولا يتضمن هذا رعاية المعالين الموجودة بالفعل. يوجد نموذج خاص لرعاية الأطفال لأن أسعارها وتعويضاتها مختلفة. يرجى التأكد من أنك اخترت النموذج المناسب.

برنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية نيويورك
نموذج تعويض رعاية الأطفال ذوي الإعاقة، والبالغين المعالين، وكبار السن

اسم الشخص (الأشخاص) الذي يتلقى الرعاية	تاريخ الميلاد
اسم مقدم (مقدمي) رعاية المعالين	صلة قرابة مقدم الخدمة بالطفل (الأطفال)

لقد حدد برنامج دعم المتبرعين الأحياء حدًا أقصى لأسعار التعويض عن نفقات رعاية الأطفال ذوي الإعاقة، و/أو البالغين المعالين، و/أو كبار السن.

يرجى الإشارة إلى التاريخ (شهر/يوم/سنة) وعدد ساعات خدمة رعاية البالغين المعالين/كبار السن المقدمة في ذلك اليوم:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:
عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:
التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:
عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:	عدد الساعات:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:

في حالة التقدم بطلب لتعويض الرعاية لطفل من ذوي الإعاقة أو بالغ معال، يرجى تضمين وثائق لتشخيص مؤهل من قبل مقدم خدمة مع مستندات الاعتماد المناسبة لإجراء مثل هذا التشخيص والوثائق.

بعد قراءة العبارات التالية، يرجى التوقيع على القسم المخصص لك وتاريخه

أقر بأن لديّ بالغًا معالًا واحدًا يعتمد عليّ في الرعاية، ومن خلال عملية التبرع الحي، سأضطر إلى دفع مقابل خدمة الرعاية التي لا أدفعه في الوضع الطبيعي. أدرك أن برنامج دعم المتبرعين الأحياء لن يدفع مقابل أي رعاية يحصل عليها من أعولهم بالفعل، مثل الرعاية التي قد يحصلون عليها وأنا في عملي المعتاد.
توقيع المتبرع الحي: _____ التاريخ: _____

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة، وأني أقدم خدمة رعاية البالغين المعالين/كبار السن بنفسني في التواريخ والساعات المسجلة.
توقيع مقدم الخدمة: _____ التاريخ: _____

الإقرار

أقر، بموجب هذا النموذج، بأن كل ما سبق صواب وحقيقي وصحيح، وأن المبالغ المُطالب بها ضرورية وتم تكبدها في أثناء عملية التبرع الحي.

التاريخ:

التوقيع:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

نفقات سفر المتبرع الحي (الإقامة، والتنقل، والوجبات)

تُستخدم أسعار إدارة الخدمات العامة الأمريكية (U.S. General Services Administration, GSA) في تحديد تعويض معقول لنفقات السفر. سيتم تقديم التعويض وفقاً لسعر إدارة الخدمات العامة الأمريكية للمنطقة والسنة التي حدثت فيها عملية التبرع بالأعضاء. يرجى ملاحظة أن سعر إدارة الخدمات العامة الأمريكية هو الحد الأقصى الذي يمكن للبرنامج التعويض عنه، ولكن عندما تشير الإيصالات إلى أن التكاليف أقل من ذلك المعدل، فسيتم تعويض المتبرع بذلك المبلغ. توجد أقسام محددة للإقامة والوجبات والتنقل. يمكن العثور على الأسعار الحالية لإدارة الخدمات العامة الأمريكية عبر الرابط www.gsa.gov/travel. املاً المناطق المخصصة للسفر الذي تطالب بالتعويض عنه. سيقدم كل قسم إرشادات بخصوص الإيصالات الإضافية التي يجب إرفاقها.

الإقامة

يرجى الإشارة أدناه إلى التاريخ (التواريخ) والمرحلة (المراحل) لعملية التبرع الحي التي ترغب في التعويض عن نفقات الإقامة الليلية من أجلها. أرفق كل الإيصالات ذات الصلة بنفقات الإقامة
*ملاحظة: للتأهل للحصول على تعويض عن نفقات الإقامة، يجب أن يعيش المتبرع الحي على بُعد 75 ميلاً من مركز زراعة الأعضاء على النحو المحدد بواسطة البرنامج.

المتابعة	الجراحة والتعافي	التقييم	الفندق
حتى	حتى	حتى	
حتى	حتى	حتى	
حتى	حتى	حتى	

الوجبات

يرجى الإشارة أدناه إلى التاريخ (التواريخ) والمرحلة (المراحل) لعملية التبرع الحي التي ترغب في التعويض عن نفقات الوجبات من أجلها. وفقاً لسياسة البرنامج، لا يمكن التعويض عن الوجبات إلا عند طلب الإقامة بواسطة المتبرع الحي. لن يتم طلب إيصالات الوجبات

المتابعة	الجراحة والتعافي	التقييم	الوجبات
حتى	حتى	حتى	
حتى	حتى	حتى	
حتى	حتى	حتى	

التنقل

عند إكمال هذا القسم، ضمن موقع البداية والنهاية، يرجى الإشارة إلى وصف الموقع، بالإضافة إلى العنوان. قد يكون الوصف فندقاً، أو منزلاً، أو مركز زراعة أعضاء، وغير ذلك الكثير. أكمل هذا القسم مع كل رحلة (لا تقم بتضمين رحلات الذهاب والإياب). انظر المثال أدناه. يرجى إرفاق أي تذاكر، أو إيصالات، أو إثباتات السفر.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

نفقات السفر للشخص الداعم

يمكن لبرنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية نيويورك الدفع مقابل شخص داعم واحد في المرة الواحدة لكل رحلة إلى مركز زراعة الأعضاء. يتم تعويض الشخص الداعم بسعر يومي ثابت قدره 100 دولار لمدة تصل إلى 20 يومًا في المجمل عبر كل مراحل عملية التبرع الحي.

معلومات عن الشخص الداعم

اسم الأول للشخص الداعم	الاسم الأخير	صلة القرابة بالمتبرع

يرجى الإشارة إلى عدد الأيام التي رافقت فيها الشخص الداعم وتواريخ تقديمه للدعم.

عدد أيام الدعم: _____ التاريخ (التواريخ): _____ حتى _____

بعد قراءة العبارات التالية، يرجى التوقيع على القسم المخصص لك وتأريخه

أقر بأن الشخص الداعم المحدد المرافق لي فعليًا في رحلتي إلى مركز زراعة الأعضاء في التواريخ المقدمة.

توقيع المتبرع الحي:	التاريخ:
أقر بأنني مرافق فعلي للمتبرع الحي في رحلته إلى مركز زراعة الأعضاء، وقد تكبدت نفقات شخصية في التواريخ المقدمة.	
توقيع الشخص الداعم:	التاريخ:

الإقرار

أقر، بموجب هذا النموذج، بأن كل ما سبق صواب وحقيقي وصحيح، وأن المبالغ المطالب بها ضرورية وتم تكبدها في أثناء عملية التبرع الحي.

التوقيع:	التاريخ:
----------	----------

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

Application #:

Applicant #:

تعويض الأجر

للتقدم بطلب للحصول على تعويض الأجر، يجب عليك تقديم قسائم الراتب المطلوبة، ونموذج W-2/1099، ونموذج التحقق من جهة العمل. يجب عليك الاستعانة بأي جهات دفع خارجية متاحة لك قبل تقديم أي طلبات إلى برنامج دعم المتبرعين الأحياء. تتضمن بعض الأمثلة الإعاقة المؤقتة أو برنامج جهة العمل الذي يقدم الإجازة بعيدًا عن مخصصاتك القياسية. يمكن أن يقدم برنامج دعم المتبرعين الأحياء تعويضًا عن الأجر المفقودة حتى إجمالي 4 أسابيع، ما لم تكن هناك ظروف خاصة محددة من قبل مقدم خدماتك الطبية، مثل امتلاك المتبرع وظيفة تتطلب جهدًا بدنيًا. من خلال الظروف الخاصة الموثقة، يمكن أن يقدم البرنامج تعويضًا عن الأجر المفقودة للمتبرع الحي حتى إجمالي 8 أسابيع. يرجى إرفاق وثائق مقدم الخدمات الطبية التي تشير إلى الظروف الخاصة التي تستدعي الابتعاد عن العمل لمدة أطول من 4 أسابيع. تضع سياسة البرنامج حدًا لتعويض الأجر المفقودة قدره يومان لمرحلة التقييم، ويوم واحد من الأجر المفقودة لكل زيارة مكتبية في أثناء مرحلة متابعة العملية.

برنامج دعم المتبرعين الأحياء في ولاية نيويورك نموذج تعويض الأجر

يرجى الإشارة إلى جهات الدفع الخارجية المتاحة لك. قد يكون هذا عبر استحقاقات جهة العمل، أو تأمين المستفيد، أو مصادر أخرى: _____

هل طلبت تعويضًا من هذه المصادر؟ _____

هل تلقيت تعويضًا من هذه المصادر؟ _____

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإشارة إلى الشيء الذي تلقيت تعويضًا عنه، ومقدار المبلغ الذي تلقيته؟

* عند الاستعانة بأي جهات دفع خارجية، يرجى إرفاق الوثائق الخاصة بطلب التعويض هذا. ينبغي أن تتضمن الوثائق وصفًا واضحًا لمصدر جهة الدفع وإثبات التعويض. قد يطلب البرنامج المزيد من الوثائق إذا لم تكن الوثائق التي قدمتها واضحة، وبالتالي يُرجح أن يحدث تمديد لوقت انتظار تعويضات برنامج دعم المتبرعين الأحياء.

التوقف عن العمل

1. ما مدة توقفك عن العمل؟ _____

2. ما المدة المتوقعة لتوقفك عن العمل؟ _____

3. هل لديك وثائق تفيد بأن وظيفتك تؤهلك للحصول على تعويض الأجر لمدة تصل إلى 8 أسابيع بناءً على تعريف الاعتبارات الخاصة؟ _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

يرجى الإشارة إلى كل التواريخ (شهر/يوم/سنة) وساعات العمل التي ترغب في تعويض عنها:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:
التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:	التاريخ: عدد الساعات:

إجمالي الساعات لهذا الطلب: _____

الإقرار

أقر، بموجب هذا النموذج، بأن كل ما سبق صواب وحقيقي وصحيح، وأن المبالغ المطالب بها ضرورية وتم تكبدها في أثناء عملية التبرع الحي.

التوقيع:

التاريخ:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

