

Complete este formulario de solicitud de reembolso cada vez que solicite un reembolso y adjunte los formularios correspondientes a los tipos de reembolso que solicite.

Nombre del donante vivo	Apellido	Fecha de nacimiento

Centro de trasplantes: _____

Número del solicitante (asignado al aprobarse la elegibilidad): _____

¿Para qué etapa del proceso de donación en vida corresponde esta solicitud de reembolso?

(Puede seleccionar más de una si corresponde a su solicitud)

Evaluación/etapa previa a la cirugía

Cirugía/recuperación

Fecha de la cirugía: _____

Seguimiento

Fecha(s) de las citas (mm/dd/aaaa): _____

Si solicita reembolso en esta etapa, indique el resultado de su evaluación (si lo conoce):

El centro de trasplantes me autorizó a avanzar para que se realice la cirugía

El centro de trasplantes no me autorizó a avanzar para que se realice la cirugía

Otro, explique: _____

Infórmenos sobre sus gastos. Para realizar una revisión completa, deberá adjuntar recibos detallados y la verificación de las citas otorgada por el centro de trasplantes.

¿Qué gastos prevé solicitar para reembolso en esta solicitud? (Marque todas las opciones que correspondan)

Reembolso de gastos de cuidado de dependientes

Salarios no percibidos o costo del tiempo perdido

Gastos médicos o medicamentos no reembolsados

Reembolso de gastos de viaje/alojamiento para

Reembolso de la persona de apoyo

el donante

Omita las secciones de reembolso que no correspondan a los gastos que prevé solicitar *en este momento*.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

CUIDADO INFANTIL

El Programa de Apoyo para Donantes Vivos (Living Donor Support Program) reembolsa los gastos de cuidado infantil generados porque el donante vivo debe pagarle a alguien para cuidar a sus hijos, cuyo cuidado normalmente brinda, pero que debido al proceso de donación en vida no puede proporcionar. El Programa de Apoyo para Donantes Vivos no reembolsa gastos de cuidado infantil que ya estaban establecidos antes del inicio del proceso de donación en vida. Existe un formulario específico para cuidado de un niño con discapacidad, adulto dependiente o persona mayor, ya que sus tarifas y reembolsos varían. Asegúrese de seleccionar el formulario correspondiente.

Formulario de reembolso por CUIDADO INFANTIL del Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York

Nombre de la(s) persona(s) que recibe(n) cuidados	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor del cuidado de dependientes	Relación del proveedor con los niños

El Programa de Apoyo para Donantes Vivos ha establecido tarifas máximas de reembolso para cuidado infantil. En el caso del cuidado brindado a más de un niño, el reembolso se aplicará según la tarifa correspondiente a la categoría “menores de 2 años” (Under 2 category).

Indique la fecha (mm/dd/aaaa) y la cantidad de horas en que se brindó el cuidado infantil ese día:

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

DESPUÉS DE LEER LAS SIGUIENTES DECLARACIONES, FIRME Y COLOQUE LA FECHA EN LA SECCIÓN DESIGNADA PARA TAL FIN

Declaro que tengo al menos un hijo dependiente que depende de mí para recibir cuidado y que, debido al proceso de donación en vida, he tenido que contratar cuidados infantiles que normalmente no tengo que pagar. Comprendo que el Programa de Apoyo para Donantes Vivos solo cubrirá el cuidado adicional que mis dependientes necesitaron de otras personas debido a las exigencias del proceso de donación en vida, y no, por ejemplo, el cuidado que ya reciben normalmente mientras trabajo.

Firma del donante vivo: _____ Fecha: _____

Declaro que la información proporcionada en este formulario es correcta y que yo brindé el cuidado infantil en las fechas y las horas registradas.

Firma del proveedor de cuidados: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente, certifico que lo anterior es justo, es verdadero y es correcto, y que los montos reclamados fueron necesarios y se generaron durante el proceso de donación en vida.

Firma:

Fecha:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

CUIDADO DE DEPENDIENTES (niño con discapacidad, adulto dependiente, persona mayor)

El Programa de Apoyo para Donantes Vivos puede reembolsar los gastos de cuidado de dependientes que normalmente realiza el donante vivo y que continúan siendo necesarios, pero que, debido al proceso de donación en vida, el donante no puede brindar personalmente. Esto no incluye el cuidado de dependientes que ya existía anteriormente. Existe un formulario específico para el cuidado infantil, ya que sus tarifas y reembolsos varían. Asegúrese de seleccionar el formulario correspondiente.

Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York

FORMULARIO DE REEMBOLSO por cuidado de niños con discapacidad, adultos dependientes o personas mayores

Nombre de la(s) persona(s) que recibe(n) cuidados	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor del cuidado de dependientes	Relación del proveedor con los niños

El Programa de Apoyo para Donantes Vivos ha establecido tarifas máximas de reembolso para el cuidado de niños con discapacidad, adultos dependientes y personas mayores.

Indique la fecha (mm/dd/aaaa) y la cantidad de horas en que se brindó el cuidado del adulto dependiente o de la persona mayor ese día:

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:

Si solicita un reembolso por el cuidado de un niño con discapacidad o de un adulto dependiente, incluya la documentación del diagnóstico calificado emitida por un profesional con las credenciales adecuadas para realizar dicho diagnóstico y emitir la documentación pertinente.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

DESPUÉS DE LEER LAS SIGUIENTES DECLARACIONES, FIRME Y COLOQUE LA FECHA EN LA SECCIÓN DESIGNADA PARA TAL FIN

Declaro que tengo al menos un adulto dependiente o una persona mayor que depende de mí para recibir cuidado y que, debido al proceso de donación en vida, he tenido que contratar cuidados que normalmente no tengo que pagar. Comprendo que el Programa de Apoyo para Donantes Vivos no cubrirá ningún cuidado que mis dependientes ya reciben, como el cuidado que habitualmente reciben mientras trabajo.

Firma del donante vivo: _____ Fecha: _____

Declaro que la información proporcionada en este formulario es correcta y que yo brindé el cuidado del adulto dependiente o de la persona mayor en las fechas y las horas registradas.

Firma del proveedor de cuidados: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente, certifico que lo anterior es justo, es verdadero y es correcto, y que los montos reclamados fueron necesarios y se generaron durante el proceso de donación en vida.

Firma:

Fecha:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

GASTOS DE VIAJE DEL DONANTE VIVO (alojamiento, transporte, comidas)

Las tarifas de la Administración de Servicios Generales de los EE. UU. (U.S. General Services Administration, GSA) se utilizan para establecer los montos razonables de reembolso por gastos de viaje. El reembolso se otorgará conforme a la tarifa de la GSA correspondiente al área y al año en que se realice la donación del órgano. Tenga en cuenta que la tarifa de la GSA es el monto máximo que el programa puede reembolsar; sin embargo, si los recibos muestran costos inferiores a la tarifa de la GSA, el reembolso se realizará por dicho monto. Existen secciones específicas para alojamiento, comidas y transporte. Las tarifas actuales de la GSA pueden consultarse en www.gsa.gov/travel. Complete las áreas de viajes para las cuales solicita reembolso. Cada sección brindará orientación sobre los recibos adicionales que deberá adjuntar.

ALOJAMIENTO

Indique a continuación las fechas y las etapas del proceso de donación en vida para las cuales solicita el reembolso de gastos de alojamiento nocturno. Adjunte todos los recibos relacionados con los gastos de alojamiento.

* **Nota:** Para reunir los requisitos para el reembolso de gastos de alojamiento, el donante vivo debe residir a una distancia de 75 millas por tramo del centro de trasplantes, según lo determine el programa.

Hotel	Evaluación	Cirugía y recuperación	Seguimiento
	a	a	a
	a	a	a
	a	a	a

COMIDAS

Indique a continuación las fechas y las etapas del proceso de donación en vida para las cuales solicita el reembolso de gastos de comidas. De acuerdo con la política del programa, las comidas solo pueden reembolsarse cuando el donante vivo requiere alojamiento. No se exigirán recibos de comidas.

Comidas	Evaluación	Cirugía y recuperación	Seguimiento
	a	a	a
	a	a	a
	a	a	a

TRANSPORTE

Al completar esta sección, en los campos de ubicación de inicio y ubicación de destino, indique tanto una descripción del lugar como la dirección. La descripción puede ser, por ejemplo, un hotel, el domicilio, el centro de trasplantes, etc. Complete un registro por cada trayecto (no incluya viajes de ida y vuelta). Consulte el ejemplo que figura a continuación. Adjunte los boletos, recibos o comprobantes de viaje correspondientes.

Fecha	Medio de transporte	Millas	Ubicación de inicio	Ubicación de destino
EJEMPLO 01/01/2025	Automóvil particular	150	Hogar 75 Something St Anywhere, NY 12345	Centro de trasplantes Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

OTROS GASTOS DE VIAJE

Indique otros gastos relacionados con el viaje que se generaron directamente por el proceso de donación en vida y para los cuales solicita un reembolso. Adjunte todos los recibos y los comprobantes de los gastos generados. Otros gastos pueden incluir, por ejemplo, estacionamiento, servicios de transporte por aplicación y peajes.

Fechas	Descripción del gasto

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente, certifico que lo anterior es justo, es verdadero y es correcto, y que los montos reclamados fueron necesarios y se generaron durante el proceso de donación en vida.

Firma:

Fecha:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

GASTOS DE VIAJE DE LA PERSONA DE APOYO

El Programa de Apoyo para Donantes Vivos del Estado de Nueva York puede cubrir los gastos de una persona de apoyo por vez y por viaje al centro de trasplantes. La persona de apoyo recibe un reembolso con una tarifa diaria fija de \$100, hasta un total de 20 días durante todas las etapas del proceso de donación en vida.

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE APOYO

Nombre de la persona de apoyo	Apellido	Relación con el donante

Indique cuántos días lo acompañó la persona de apoyo y las fechas en que brindó el apoyo.

Cantidad de días de apoyo: _____ Fecha(s): _____ a _____

**DESPUÉS DE LEER LAS SIGUIENTES DECLARACIONES, FIRME Y COLOQUE LA FECHA
EN LA SECCIÓN DESIGNADA PARA TAL FIN**

Declaro que la persona de apoyo identificada me acompañó físicamente al centro de trasplantes en las fechas indicadas.

Firma del donante vivo:

Fecha:

Declaro que acompañé físicamente al donante vivo al centro de trasplantes y que incurrí en gastos personales en las fechas indicadas.

Firma de la persona de apoyo:

Fecha:

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente, certifico que lo anterior es justo, es verdadero y es correcto, y que los montos reclamados fueron necesarios y se generaron durante el proceso de donación en vida.

Firma:

Fecha:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

REEMBOLSO DE SALARIOS

Para solicitar el reembolso de salarios, deberá haber presentado previamente los recibos de sueldo requeridos, el formulario W-2/1099 y el formulario de verificación del empleador. Antes de solicitar cualquier reembolso al Programa de Apoyo para Donantes Vivos, debe utilizar primero cualquier tercero pagador que tenga a su disposición. Algunos ejemplos incluyen la incapacidad a corto plazo o un programa del empleador que permita ausentarse del trabajo más allá del tiempo libre que usted acumula habitualmente.

El Programa de Apoyo para Donantes Vivos puede reembolsar los salarios no percibidos por un total de hasta 4 semanas, a menos que su proveedor médico determine que existen circunstancias especiales, como que el donante tenga un trabajo físicamente exigente. En el caso de circunstancias especiales debidamente documentadas, el programa puede reembolsar los salarios no percibidos del donante vivo por un total de hasta 8 semanas. Adjunte la documentación del proveedor médico que indique qué circunstancias especiales exigen ausentarse del trabajo durante más de 4 semanas. La política del programa limita el reembolso de salarios no percibidos a 2 días para la etapa de evaluación y a 1 día de salarios no percibidos por cada visita al consultorio durante la etapa de seguimiento del proceso.

PROGRAMA DE APOYO PARA DONANTES VIVOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Formulario de reembolso de salarios

Indique qué terceros pagadores tiene a su disposición. Esto puede incluir beneficios del empleador, cobertura del seguro del receptor u otras fuentes: _____

¿Solicitó un reembolso a estas fuentes? _____

¿Recibió un reembolso de estas fuentes? _____

En caso afirmativo, indique por qué conceptos recibió el reembolso y los montos recibidos:

*Cuando utilice terceros pagadores, adjunte la documentación correspondiente a esta solicitud de reembolso. La documentación debe incluir una descripción clara de la fuente del pagador y el comprobante del reembolso recibido. El programa puede solicitar documentación adicional si lo presentado no resulta claro, lo cual podría extender el tiempo de espera para recibir el reembolso del Programa de Apoyo para Donantes Vivos.

Tiempo ausente del trabajo

- 1. ¿Cuánto tiempo ha estado ausente del trabajo? _____
2. ¿Cuánto tiempo prevé estar ausente del trabajo? _____
3. ¿Cuenta con documentación que indique que su empleo reúne las condiciones para recibir un reembolso de salarios por hasta 8 semanas conforme a la definición de circunstancias especiales? _____

Indique todas las fechas (mm/dd/aaaa) y las horas laborales para las cuales solicita el reembolso:

Table with 7 columns: Domingo, Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado. Rows include Fecha: and Cant. de horas: for each day.

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:**

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:	Cant. de horas:

Total de horas correspondientes a esta solicitud: _____**CERTIFICACIÓN**

Por medio de la presente, certifico que lo anterior es justo, es verdadero y es correcto, y que los montos reclamados fueron necesarios y se generaron durante el proceso de donación en vida.

Firma:**Fecha:****FOR AGENCY USE ONLY****Expense Report Number:****Travel Authorization Code:****Entered by:****Date:**

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

GASTOS MÉDICOS

Será necesario adjuntar los recibos o los rechazos correspondientes a los gastos médicos que no estén cubiertos por el seguro de salud o por terceros pagadores, junto con esta sección debidamente completada.

GASTOS MÉDICOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA DONACIÓN DEL ÓRGANO

MONTO QUE RECLAMA

Medicamentos recetados no pagados o no reembolsados asociados con la donación del órgano (incluidos los medicamentos de venta libre recetados)

GASTOS MÉDICOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA DONACIÓN DEL ÓRGANO	MONTO QUE RECLAMA

Otros gastos médicos no pagados/no reembolsados (brinde los detalles de estos gastos médicos no pagados/no reembolsados a continuación)

TOTAL DE LOS COSTOS DE MEDICAMENTOS Y GASTOS MÉDICOS QUE RECLAMA:

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente, certifico que el estado de cuenta anterior y los anexos incluidos son justos, son verdaderos y son correctos; que ninguna parte ha sido pagada salvo lo indicado; que el saldo indicado es efectivamente adeudado, y que los montos reclamados fueron necesarios y se generaron en el desempeño de mis funciones oficiales.

Firma:

Fecha:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: