

Demande de remboursement (Application For Reimbursement)

Programme de soutien aux donneurs vivants
(Living Donor Support Program)

Veillez remplir ce formulaire de demande de remboursement chaque fois que vous demandez un remboursement et joindre les formulaires applicables aux types de remboursement(s) demandés.

Prénom du donneur vivant	Nom	Date de naissance

Centre de transplantation : _____

Numéro de demandeur (attribué au moment de l'approbation de l'admissibilité) : _____

À quelle étape du processus de don d'organe de son vivant cette demande de remboursement se rapporte-t-elle?
(sélectionnez plusieurs étapes si cela s'applique à votre demande)

Évaluation/préopératoire

Chirurgie/convalescence

Date de l'intervention : _____

Suivi

Date(s) des rendez-vous (mm/jj/aaaa) : _____

Lorsque vous demandez un remboursement au cours de cette phase, veuillez indiquer le résultat de votre évaluation (si connu) :

Le centre de transplantation m'a autorisé à subir l'opération

Le centre de transplantation ne m'a pas autorisé à subir l'opération

Autre, veuillez expliquer : _____

Veillez nous en dire plus sur vos dépenses. Des reçus détaillés et une confirmation de rendez-vous de votre centre de transplantation sont nécessaires avec cette demande afin de permettre un examen complet.

Quelles dépenses souhaitez-vous voir remboursées dans cette demande? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Remboursement des frais liés à l'aide aux personnes à charge

Perte de salaire ou coût du temps perdu

Soins médicaux et/ou médicaments non remboursés

Remboursement des frais de déplacement/d'hébergement pour soi-même

Remboursement des frais liés à la personne de soutien

Veillez ignorer toutes les sections relatives aux remboursements qui ne s'appliquent pas aux dépenses que vous demandez à ce stade.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

GARDE D'ENFANTS

Le Programme de soutien aux donneurs vivants (Living Donor Support Program) rembourse les frais de garde d'enfants engagés par le donneur vivant qui doit payer quelqu'un pour s'occuper de son ou ses enfants, dont il s'occupe normalement, mais dont il ne peut s'occuper lui-même en raison du processus de don d'organe. Le Programme de soutien aux donneurs vivants ne rembourse pas les frais liés à la garde d'enfants assurée par des tiers avant le début du processus de don d'organe par un donneur vivant. Il existe un formulaire spécifique pour un enfant handicapé, les adultes dépendants et les personnes âgées, car leurs tarifs et leurs remboursements varient. Veuillez vous assurer de sélectionner le formulaire approprié.

**Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York
Formulaire de remboursement des frais de GARDE D'ENFANTS**

Nom de la ou des personnes bénéficiant des soins	Date de naissance
Nom du ou des prestataires de soins aux personnes à charge	Lien entre le prestataire et l'enfant/ les enfants

Le Programme de soutien aux donneurs vivants a fixé des taux maximaux de remboursement pour la garde d'enfants. Pour les soins prodigués à plus d'un enfant, le remboursement sera effectué à un taux équivalent à celui de la catégorie « Moins de deux ans » (Under 2 category).

Veuillez indiquer la date (mm/jj/aaaa) et le nombre d'heures pendant lesquelles la garde d'enfants a été assurée ce jour-là :

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****APRÈS AVOIR LU LES DÉCLARATIONS CI-DESSOUS, VEUILLEZ SIGNER ET DATER LA SECTION QUI VOUS EST RÉSERVÉE**

Je certifie avoir au moins un enfant à charge qui dépend de moi pour ses soins et, dans le cadre du processus de don d'organe de mon vivant, j'ai dû payer des frais de garde d'enfants que je ne paie pas habituellement. Je comprends que le Programme de soutien aux donneurs vivants ne prendra en charge que les soins supplémentaires dont mes personnes à charge ont besoin en raison des contraintes que m'impose le processus de don d'organe de mon vivant, et non, par exemple, les soins dont elles bénéficient déjà pendant que je suis au travail.

Signature du donneur vivant : _____ **Date :** _____

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et que j'ai moi-même assuré la garde d'enfants aux dates et heures indiquées.

Signature du prestataire : _____ **Date :** _____**CERTIFICATION**

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont justes, véridiques et exactes, et que les montants réclamés étaient nécessaires et ont été engagés dans le cadre du processus de don d'organe de mon vivant.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

SOINS AUX PERSONNES À CHARGE (enfant handicapé, adulte à charge, soins aux personnes âgées)

Le Programme de soutien aux donneurs vivants peut rembourser les frais liés à la prise en charge des personnes à charge qui seraient normalement prises en charge par le donneur vivant, mais qui, en raison du processus de don vivant, ne peuvent être prises en charge par le donneur vivant. Cela n'inclut pas les soins aux personnes à charge déjà existants. Il existe un formulaire spécifique pour la garde d'enfants, car leurs tarifs et leur remboursement varient. Veuillez vous assurer de sélectionner le formulaire approprié.

**Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York
Formulaire de remboursement POUR UN ENFANT HANDICAPÉ,
UN ADULTE DÉPENDANT, LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES**

Nom de la ou des personnes bénéficiant des soins	Date de naissance
Nom du ou des prestataires de soins aux personnes à charge	Lien entre le prestataire et l'enfant/ les enfants

Le Programme de soutien aux donneurs vivants a fixé des taux maximaux de remboursement pour les enfants handicapés, les adultes dépendants et/ou les soins aux personnes âgées.

Veuillez indiquer la date (mm/jj/aaaa) et le nombre d'heures pendant lesquelles des soins ont été prodigués à l'adulte/la personne âgée dépendant(e) ce jour-là :

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :

Si vous demandez le remboursement des soins prodigués à un enfant handicapé ou à un adulte à charge, joignez les documents attestant du diagnostic admissible, établis par un prestataire disposant des qualifications requises pour poser un tel diagnostic et établir de tels documents.

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****APRÈS AVOIR LU LES DÉCLARATIONS CI-DESSOUS, VEUILLEZ SIGNER ET DATER LA SECTION QUI VOUS EST RÉSERVÉE**

Je certifie avoir au moins un adulte ou une personne âgée à ma charge qui dépend de moi pour ses soins, et que le processus de don d'organe de mon vivant m'a obligé à payer des soins que je ne paie pas habituellement. Je comprends que le Programme de soutien aux donneurs vivants ne prendra pas en charge les soins dont bénéficient déjà les personnes à ma charge, comme les soins prodigués pendant que je suis au travail.

Signature du donneur vivant : _____ **Date :** _____

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et que j'ai moi-même pris en charge la personne adulte/âgée dépendante aux dates et heures indiquées.

Signature du prestataire : _____ **Date :** _____

CERTIFICATION

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont justes, véridiques et exactes, et que les montants réclamés étaient nécessaires et ont été engagés dans le cadre du processus de don d'organe de mon vivant.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

FRAIS DE DÉPLACEMENT DU DONNEUR VIVANT (hébergement, transport, repas)

Les taux de l'Administration américaine des services généraux (U.S. General Services Administration, GSA) sont utilisés pour fixer le remboursement raisonnable des frais de déplacement. Le remboursement sera effectué conformément au taux GSA applicable à la région et à l'année au cours de laquelle le don d'organe a lieu. Veuillez noter que le taux GSA correspond au montant maximal que le programme peut rembourser, mais lorsque les reçus indiquent des coûts inférieurs au taux GSA, le donneur sera remboursé à hauteur de ce montant. Il existe des sections spécifiques pour l'hébergement, les repas et le transport. Les taux GSA actuels sont disponibles sur le site gsa.gov/travel. Remplissez les champs relatifs aux déplacements pour lesquels vous demandez un remboursement. Chaque section fournira des indications concernant les pièces justificatives supplémentaires qui devront être jointes.

HÉBERGEMENT

Veuillez indiquer ci-dessous la ou les dates et la ou les phases du processus de don d'organe par un donneur vivant pour lesquelles vous demandez le remboursement des frais d'hébergement. Joignez tous les reçus relatifs aux frais d'hébergement.

***Remarque :** Pour pouvoir prétendre au remboursement des frais d'hébergement, le donneur vivant doit résider à une distance minimale de 75 miles (120 km) du centre de transplantation, telle que déterminée par le programme.

Hôtel	Évaluation	Chirurgie et convalescence	Suivi
	au	au	au
	au	au	au
	au	au	au

REPAS

Veuillez indiquer ci-dessous la ou les dates et la ou les phases du processus de don d'organe par un donneur vivant pour lesquelles vous demandez le remboursement des frais de repas. Conformément à la politique du programme, les repas ne peuvent être remboursés que lorsque l'hébergement est nécessaire pour le donneur vivant. Les reçus des repas ne seront pas exigés.

Repas	Évaluation	Chirurgie et convalescence	Suivi
	au	au	au
	au	au	au
	au	au	au

TRANSPORT

Lorsque vous remplissez cette section, sous « lieu de départ et d'arrivée », veuillez indiquer une description du lieu ainsi que l'adresse. La description peut être un hôtel, une maison, un centre de transplantation, etc. Remplissez ce champ pour chaque trajet (n'incluez pas les trajets aller-retour). Consultez les exemples ci-dessous. Veuillez joindre tous les billets, reçus ou justificatifs de déplacement.

Date	Moyen de transport	Miles	Lieu de départ	Lieu d'arrivée
EXEMPLE 01/01/2025	Voiture personnelle	150	Domicile 75 Something St Anywhere, NY 12345	Centre de transplantation Transplant Center St New York, NY 12345

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

Date	Moyen de transport	Miles	Lieu de départ	Lieu d'arrivée

AUTRES FRAIS DE DÉPLACEMENT

Énumérez les autres dépenses liées aux déplacements que vous avez engagées et qui sont directement liées à votre processus de don d'organe de votre vivant et pour lesquelles vous demandez un remboursement. Veuillez joindre tous les reçus et justificatifs des dépenses engagées. Les autres dépenses peuvent inclure des frais tels que le stationnement, le covoiturage et les péages.

Dates	Description des frais

CERTIFICATION

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont justes, véridiques et exactes, et que les montants réclamés étaient nécessaires et ont été engagés dans le cadre du processus de don d'organe de mon vivant.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

FRAIS DE DÉPLACEMENT DES PERSONNES DE SOUTIEN

Le Programme de soutien aux donneurs vivants de l'État de New York peut prendre en charge les frais d'une personne de soutien accompagnante à la fois pour chaque déplacement vers le centre de transplantation. Une personne de soutien est remboursée à un taux journalier fixe de 100 \$, pour un maximum de 20 jours au total pendant toutes les phases du processus de don d'organe de son vivant.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE SOUTIEN

Prénom de la personne de soutien	Nom	Lien avec le donneur

Veillez indiquer combien de jours votre personne de soutien vous a accompagné et les dates auxquelles elle vous a apporté son aide.

Nombre de jours de soutien : _____ **Date(s) :** _____ au _____

APRÈS AVOIR LU LES DÉCLARATIONS CI-DESSOUS, VEUILLEZ SIGNER ET DATER LA SECTION QUI VOUS EST RÉSERVÉE

Je certifie que la personne de soutien identifiée m'a accompagné physiquement au centre de transplantation aux dates indiquées.

Signature du donneur vivant :

Date:

Je certifie avoir accompagné physiquement le donneur vivant au centre de transplantation et avoir engagé des dépenses personnelles pour les dates indiquées.

Signature de la personne de soutien :

Date:

CERTIFICATION

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont justes, véridiques et exactes, et que les montants réclamés étaient nécessaires et ont été engagés dans le cadre du processus de don d'organe de mon vivant.

Signature :

Date :

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****REMBOURSEMENT DU SALAIRE**

Pour demander le remboursement de votre salaire, vous devez avoir déjà fourni les bulletins de paie requis, les formulaires W-2/1099 et le formulaire de vérification de l'employeur. Vous êtes tenu de faire appel à tout organisme payeur tiers à votre disposition avant de présenter une demande au Programme de soutien aux donneurs vivants. Citons par exemple l'invalidité de courte durée ou un programme proposé par l'employeur qui offre des congés en dehors de vos droits acquis habituels.

Le Programme de soutien aux donneurs vivants peut rembourser les salaires perdus jusqu'à un total de quatre semaines, sauf dans des circonstances particulières déterminées par votre prestataire médical, par exemple si le donneur exerce un métier physiquement exigeant. Dans certaines circonstances particulières dûment documentées, le programme peut rembourser le salaire perdu par le donneur vivant pendant une période maximale de huit semaines. Veuillez joindre les documents médicaux indiquant les circonstances particulières qui vous obligent à vous absenter du travail pendant plus de quatre semaines. La politique du programme limite le remboursement des salaires perdus à deux jours pour la phase d'évaluation et à un jour de salaire perdu par consultation au cabinet médical pendant la phase de suivi du processus.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX DONNEURS VIVANTS DE L'ÉTAT DE NEW YORK**Formulaire de remboursement du salaire**

Veuillez indiquer les organismes payeurs tiers auxquels vous avez accès. Cela peut se faire par le biais des avantages sociaux de l'employeur, de l'assurance du receveur ou d'autres sources : _____

Avez-vous demandé un remboursement auprès de ces sources? _____

Avez-vous reçu un remboursement de ces sources? _____

Si oui, veuillez indiquer ce pour quoi vous avez reçu un remboursement et les montants reçus.

*Lorsque vous faites appel à des organismes payeurs tiers, veuillez joindre les documents justificatifs à cette demande de remboursement. La documentation doit inclure une description claire de la source du payeur et une preuve de remboursement. Le programme peut demander des documents supplémentaires si ceux fournis ne sont pas clairs, ce qui peut prolonger le délai d'attente pour le remboursement du Programme de soutien aux donneurs vivants.

Période d'inactivité professionnelle

1. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi? _____

2. Combien de temps pensez-vous être sans emploi? _____

3. Disposez-vous de documents attestant que votre emploi vous donne droit à un remboursement salarial pouvant aller jusqu'à huit semaines, conformément à la définition de « considération spéciale »? _____

Veuillez indiquer toutes les dates (mm/jj/aaaa) et les heures de travail pour lesquelles vous demandez un remboursement :

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :

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

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :	Nombre d'heures :

Nombre total d'heures pour cette demande : _____**CERTIFICATION**

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont justes, véridiques et exactes, et que les montants réclamés étaient nécessaires et ont été engagés dans le cadre du processus de don d'organe de mon vivant.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

FRAIS MÉDICAUX

Il faudra joindre les reçus/refus pour les frais médicaux non pris en charge par l'assurance maladie ou les organismes payeurs tiers, ainsi que cette section dûment remplie.

FRAIS MÉDICAUX DIRECTEMENT LIÉS AU DON D'ORGANES**MONTANT RÉCLAMÉ**

Médicaments sur ordonnance non payés/non remboursés pour le don d'organes (y compris les médicaments sur ordonnance en vente libre)

Autres frais médicaux non payés/non remboursés (Veuillez fournir ci-dessous des détails sur les frais médicaux non payés/non remboursés)

TOTAL DES FRAIS MÉDICAUX ET DE MÉDICAMENTS RÉCLAMÉS :**CERTIFICATION**

Je certifie par la présente que le compte ci-dessus et les annexes jointes sont justes, véridiques et exacts, qu'aucune partie n'a été payée, sauf indication contraire, et que le solde indiqué est effectivement dû et exigible, et que les montants réclamés étaient nécessaires et engagés dans l'exercice de mes fonctions officielles.

Signature :

Date :

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: