

कृपया हर बार भरपाई की मांग करते समय प्रतिपूर्ति फॉर्म के लिए यह आवेदन भरें और जिस तरह की भरपाई की मांग की जा रही है उसके लिए लागू फॉर्म अटैच करें।

जीवित डोनर का नाम	कुल नाम	जन्म तिथि

ट्रांसप्लांट सेंटर: \_\_\_\_\_

आवेदक नंबर (पात्रता अनुमोदन के समय दिया गया): \_\_\_\_\_

जीवित डोनेशन प्रक्रिया में यह प्रतिपूर्ति आवेदन किस चरण के लिए है?

(यदि आपके अनुरोध पर लागू हो, तो एक से ज़्यादा चरण चुनें)

मूल्यांकन/प्री-सर्जिकल

सर्जिकल/रिकवरी

सर्जरी की तिथि: \_\_\_\_\_

फॉलो-अप

अपॉइंटमेंट की तिथि(याँ) (मम/दिदि/वववव): \_\_\_\_\_

इस चरण में प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन करते समय कृपया अपने मूल्यांकन के परिणाम को पहचानें (यदि पता हो):

ट्रांसप्लांट सेंटर ने मुझे सर्जरी के साथ आगे बढ़ने की मंजूरी दे दी

ट्रांसप्लांट सेंटर ने मुझे सर्जरी के साथ आगे बढ़ने की मंजूरी नहीं दी

अन्य, कृपया समझाएं: \_\_\_\_\_

**कृपया हमें अपने खर्चों के बारे में बताएं। पूरी समीक्षा के लिए इस आवेदन के साथ आपके ट्रांसप्लांट सेंटर से विस्तृत रसीदें और अपॉइंटमेंट का सत्यापन ज़रूरी हैं।**

आप इस दावे में किन खर्चों के लिए भरपाई चाहते हैं? (लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएं)

आश्रित देखभाल खर्च की प्रतिपूर्ति

तनख्वाह का नुकसान या समय बर्बाद होने की लागत

बिना अदायगी वाली चिकित्सा देखभाल और/या दवाइयाँ

स्वयं के लिए यात्रा/रहने के खर्च की प्रतिपूर्ति

सहायक व्यक्ति की प्रतिपूर्ति

**कृपया ऐसे किसी भी प्रकार के प्रतिपूर्ति अनुभाग छोड़ दें जो उन खर्चों पर लागू नहीं होते जिनके लिए आप इस समय दावा कर रहे हैं।**

**OFFICE USE ONLY**

**Application #:**

**Applicant #:**

**बच्चे की देखभाल**

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम (Living Donor Support Program) जीवित डोनर द्वारा बच्चे की देखभाल पर किए गए खर्च की भरपाई करता है। यह खर्च इसलिए होता है क्योंकि डोनर को अपने बच्चे(बच्चों) की देखभाल के लिए किसी और को भुगतान करना पड़ता है, जीवित डोनर आमतौर पर देखभाल प्रदान करता है लेकिन जीवित डोनेशन प्रक्रिया की वजह से वह खुद देखभाल नहीं कर पाता। जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम दूसरों के द्वारा प्रदान की जाने वाली बच्चे की देखभाल के खर्च का भुगतान नहीं करता जो जीवित डोनेशन प्रक्रिया शुरू होने से पहले से चल रहे थे। अक्षमता वाले बच्चे, आश्रित वयस्क और बुजुर्गों की देखभाल के लिए एक विशिष्ट प्रतिपूर्ति फॉर्म है क्योंकि उनकी दरें और प्रतिपूर्ति अलग-अलग होती हैं। कृपया यह सुनिश्चित करें कि आप सही फॉर्म चुनें।

**न्यूयॉर्क राज्य-जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम बच्चे की देखभाल प्रतिपूर्ति फॉर्म**

देखभाल प्राप्त करने वाले व्यक्ति(यों) का(के) नाम	जन्म तिथि
आश्रित देखभाल प्रदाता(ओं) का(के) नाम	प्रदाता का बच्चे(बच्चों) से संबंध

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम ने बच्चे की देखभाल के लिए प्रतिपूर्ति की अधिकतम दरें तय की हैं। एक से ज़्यादा बच्चों को दी जाने वाली देखभाल के लिए प्रतिपूर्ति उस दर पर होगी जो "2 साल से कम उम्र की श्रेणी" (Under 2 category) के बराबर है।

**कृपया तिथि (mm/dd/yyyy) और उस दिन प्रदान की गई बच्चे की देखभाल के घंटे बताएं:**

रविवार	सोमवार	मंगलवार	बुधवार	बृहस्पतिवार	शुक्रवार	शनिवार
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

**नीचे दिए गए बयानों को पढ़ने के बाद कृपया अपने निर्धारित सेक्शन में हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें**

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा कम से कम एक आश्रित बच्चा है जो देखभाल के लिए मुझ पर निर्भर है, और जीवित डोनेशन प्रक्रिया के कारण मुझे बच्चे की देखभाल के लिए भुगतान करना पड़ा है जिसके लिए मुझे आम तौर पर भुगतान नहीं करना पड़ता। मैं समझता/समझती हूँ कि जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम केवल उस अतिरिक्त देखभाल के लिए भुगतान करेगा, जिसकी ज़रूरत मेरे आश्रितों को मेरे ऊपर जीवित डोनेशन प्रक्रिया के दबाव के कारण पड़ी, न कि, उदाहरण के लिए, उस देखभाल के लिए जो उन्हें तब मिल सकती है जब मैं आम तौर पर काम पर होता/होती हूँ।

जीवित डोनर के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस फॉर्म में दी गई जानकारी सही है और यह कि रिकॉर्ड की गई तिथियों और घंटों के लिए बच्चों की देखभाल मैंने खुद की थी।

प्रदाता के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

**प्रमाणन**

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त निष्पक्ष, सच और सही है, तथा यह कि दावा की गई राशि ज़रूरी थी और जीवित डोनेशन की प्रक्रिया के दौरान खर्च की गई थी।

हस्ताक्षर:

तिथि:

**FOR AGENCY USE ONLY**

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**आश्रित देखभाल (अक्षमता वाला बच्चा, आश्रित वयस्क, बुजुर्गों की देखभाल)**

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम उस आश्रित देखभाल खर्चों की प्रतिपूर्ति कर सकता है जो आम तौर पर जीवित डोनर द्वारा किए जाते हैं, जिनकी अभी भी ज़रूरत है, लेकिन जीवित डोनेशन प्रक्रिया के कारण जीवित डोनर द्वारा नहीं किए जा सकते। इसमें पहले से मौजूद आश्रित देखभाल को शामिल नहीं किया जाएगा। एक विशिष्ट बाल देखभाल फ़ॉर्म है क्योंकि उनकी दरें और प्रतिपूर्ति अलग-अलग होती हैं। कृपया यह सुनिश्चित करें कि आप सही फ़ॉर्म चुनें।

**न्यूयॉर्क राज्य-जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम****अक्षमता वाला बच्चा, आश्रित वयस्क, बुजुर्गों की देखभाल प्रतिपूर्ति फ़ॉर्म**

देखभाल प्राप्त करने वाले व्यक्ति(यों) का(के) नाम	जन्म तिथि
आश्रित देखभाल प्रदाता(ओं) का(के) नाम	प्रदाता का बच्चे(बच्चों) से संबंध

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम ने अक्षमता वाले बच्चे, आश्रित वयस्क और/या बुजुर्गों की देखभाल के लिए प्रतिपूर्ति की अधिकतम दरें तय की हैं।

कृपया तिथि (mm/dd/yyyy) और उस दिन प्रदान की गई आश्रित वयस्क/बुजुर्गों की देखभाल के घंटे बताएं:

रविवार	सोमवार	मंगलवार	बुधवार	बृहस्पतिवार	शुक्रवार	शनिवार
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:

यदि आप किसी अक्षमता वाले बच्चे या आश्रित वयस्क के लिए देखभाल प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो किसी प्रदाता द्वारा योग्य निदान के दस्तावेज़ शामिल करें जिसके पास ऐसे निदान और दस्तावेज़ों के लिए सही क्रेडेंशियल हों।

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

**नीचे दिए गए बयानों को पढ़ने के बाद कृपया अपने निर्धारित सेक्शन में हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें**

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा कम से कम एक आश्रित वयस्क या बुजुर्ग है जो देखभाल के लिए मुझ पर निर्भर है, और जीवित डोनेशन प्रक्रिया के कारण मुझे देखभाल के लिए भुगतान करना पड़ा है जिसके लिए मुझे आम तौर पर भुगतान नहीं करना पड़ता। मैं समझता/समझती हूँ कि जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम मेरे आश्रितों को पहले से मिल रही किसी भी देखभाल के लिए भुगतान नहीं करेगा, जैसे वह देखभाल जब मैं आम तौर पर काम पर होता/होती हूँ।

जीवित डोनर के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस फॉर्म में दी गई जानकारी सही है और यह कि रिकॉर्ड की गई तिथियों और घंटों के लिए आश्रित वयस्क/बुजुर्गों की देखभाल मैंने खुद की थी।

प्रदाता के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

**प्रमाणन**

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त निष्पक्ष, सच और सही है, तथा यह कि दावा की गई राशि ज़रूरी थी और जीवित डोनेशन की प्रक्रिया के दौरान खर्च की गई थी।

हस्ताक्षर:

तिथि:

**FOR AGENCY USE ONLY**

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**जीवित डोनर का यात्रा खर्च (रहना, परिवहन, भोजन)**

अमेरिकी सामान्य सेवा प्रशासन (U.S. General Services Administration, GSA) की दरों का उपयोग सही यात्रा खर्च तय करने में किया जाता है। उस क्षेत्र और साल के लिए GSA दर के अनुसार प्रतिपूर्ति की जाएगी जिसमें अंगदान होता है। कृपया ध्यान दें कि GSA दर वह अधिकतम राशि है कार्यक्रम जिसकी भरपाई कर सकता है, लेकिन जब रसीदों में GSA रेट से कम खर्च दिखता है, तो डोनर को उसी राशि की प्रतिपूर्ति की जाएगी। रहने, भोजन और परिवहन के लिए निर्दिष्ट सेक्शन हैं। वर्तमान GSA दरें [gsa.gov/travel](https://gsa.gov/travel) पर देखी जा सकती हैं। यात्रा के क्षेत्र भरें जिनके लिए आप भरपाई की मांग कर रहे हैं। प्रत्येक सेक्शन में उन अतिरिक्त रसीदों के बारे में मार्गदर्शन दिया जाएगा जिन्हें अटैच करने की ज़रूरत होगी।

**रहना**

कृपया नीचे वे तिथि(याँ) और चरण बताएं जिनके लिए आप जीवित डोनेशन प्रक्रिया के लिए रात भर रहने के खर्च की भरपाई चाहते हैं। रहने के खर्च से संबंधित सभी रसीदें अटैच करें।

\*ध्यान दें: रहने के खर्च की भरपाई हेतु योग्य होने के लिए जीवित डोनर को कार्यक्रम द्वारा निर्धारित ट्रांसप्लांट सेंटर से एक तरफ से 75 मील दूर रहना होगा।

होटल	मूल्यांकन	सर्जरी और रिकवरी	फ़ॉलो-अप
	से	से	से
	से	से	से
	से	से	से

**भोजन**

कृपया नीचे वे तिथि(याँ) और चरण बताएं जिनके लिए आप जीवित डोनेशन प्रक्रिया के लिए भोजन के खर्च की भरपाई चाहते हैं। कार्यक्रम की नीति के अनुसार, भोजन के खर्च की भरपाई केवल तभी की जाएगी जब जीवित डोनर के लिए रहना ज़रूरी हो। भोजन की रसीदों की ज़रूरत नहीं होगी।

भोजन	मूल्यांकन	सर्जरी और रिकवरी	फ़ॉलो-अप
	से	से	से
	से	से	से
	से	से	से

**परिवहन**

इस सेक्शन को भरते समय, प्रारंभ और समाप्ति स्थान के नीचे, कृपया स्थान का विवरण और पता बताएं। विवरण कोई होटल, घर, ट्रांसप्लांट सेंटर, आदि हो सकता है। हर यात्रा के लिए पूरा करें (आने-जाने को शामिल न करें)। नीचे उदाहरण देखें। कृपया कोई भी टिकट, रसीद या यात्रा का प्रमाण अटैच करें।

तिथि	परिवहन का साधन	मील	प्रारंभ स्थान	समाप्ति स्थान
उदाहरण 01/01/2025	निजी कार	150	घर 75 Something St Anywhere, NY 12345	ट्रांसप्लांट सेंटर Transplant Center St New York, NY 12345



## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## सहायक व्यक्ति का यात्रा खर्च

न्यूयॉर्क राज्य-जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम ट्रांसप्लांट सेंटर की हर यात्रा के लिए एक बार में एक सहायक व्यक्ति के लिए भुगतान कर सकता है। सहायक व्यक्ति को जीवित डोनेशन प्रक्रिया के सभी चरणों में कुल 20 दिनों तक, \$100 की निश्चित दैनिक दर से प्रतिपूर्ति की जाती है।

## सहायक व्यक्ति की जानकारी

सहायक व्यक्ति का नाम	कुल नाम	डोनर से संबंध

कृपया बताएं कि आपका सहायक व्यक्ति कितने दिनों तक आपके साथ रहा और उसने किन तिथियों पर सहायता प्रदान की।  
सहायता के दिनों की संख्या: \_\_\_\_\_ तिथि(याँ): \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_

## नीचे दिए गए बयानों को पढ़ने के बाद कृपया अपने निर्धारित सेक्शन में हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि चयनित सहायक व्यक्ति दी गई तिथियों पर खुद मेरे साथ ट्रांसप्लांट सेंटर गया था।	
जीवित डोनर के हस्ताक्षर:	तिथि:
मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं जीवित डोनर के साथ खुद ट्रांसप्लांट सेंटर गया था और दी गई तिथियों पर मेरा निजी खर्च हुआ था।	
सहायक व्यक्ति के हस्ताक्षर:	तिथि:

## प्रमाणन

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त निष्पक्ष, सच और सही है, तथा यह कि दावा की गई राशि ज़रूरी थी और जीवित डोनेशन की प्रक्रिया के दौरान खर्च की गई थी।	
हस्ताक्षर:	तिथि:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:	Travel Authorization Code:
Entered by:	Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**तनखाह प्रतिपूर्ति**

तनखाह प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन करने के लिए, आपने ज़रूरी वेतन पर्चियाँ, W-2/1099 और नियोक्ता सत्यापन फ़ॉर्म पहले ही सबमिट कर दिए हों। जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम में कोई भी अनुरोध करने से पहले आपको अपने लिए उपलब्ध किसी भी तृतीय-पक्ष भुगतानकर्ता का उपयोग करना होगा। कुछ उदाहरणों में कुछ समय तक अक्षमता या नियोक्ता का ऐसा कार्यक्रम शामिल है जो आपकी मानक छुट्टियों के अलावा छुट्टी देता है।

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम कुल 4 सप्ताह तक की तनखाह के नुकसान की भरपाई कर सकता है, जब तक कि आपके चिकित्सा प्रदाता द्वारा तय की गई विशेष परिस्थितियाँ न हों, जैसे कि डोनर का काम शारीरिक रूप से काफी मेहनत वाला हो। दस्तावेज़ों में दर्ज की गई विशेष परिस्थितियों के साथ, यह कार्यक्रम जीवित डोनर की 8 सप्ताह तक की तनखाह के नुकसान की भरपाई कर सकता है। कृपया चिकित्सा प्रदाता के दस्तावेज़ अटैच करें जिनमें यह बताया गया हो कि किन विशेष परिस्थितियों में 4 सप्ताह से अधिक समय तक काम से बाहर रहना ज़रूरी है। कार्यक्रम की नीति तनखाह के नुकसान की भरपाई को प्रक्रिया के मूल्यांकन चरण के लिए 2 दिन और फ़ॉलो-अप चरण के दौरान प्रत्येक ऑफिस विज़िट में 1 दिन की तनखाह के नुकसान तक सीमित करती है।

**न्यूयॉर्क राज्य-जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम**  
तनखाह की प्रतिपूर्ति फ़ॉर्म

कृपया बताएं कि आपके लिए कौन से तृतीय-पक्ष भुगतानकर्ता उपलब्ध हैं। यह नियोक्ता लाभ, प्राप्तकर्ता बीमा या अन्य स्रोतों से हो सकता है: \_\_\_\_\_

क्या आपने इन स्रोतों से भरपाई की मांग की है? \_\_\_\_\_

क्या आपको इन स्रोतों से प्रतिपूर्ति मिली है? \_\_\_\_\_

यदि हाँ, तो कृपया बताएं कि आपको किस चीज़ के लिए प्रतिपूर्ति मिली है, और कितनी रकम मिली है?

\*तृतीय-पक्ष भुगतानकर्ताओं का उपयोग करते समय कृपया इस प्रतिपूर्ति अनुरोध के साथ दस्तावेज़ अटैच करें। दस्तावेज़ों में भुगतानकर्ता स्रोत का स्पष्ट विवरण और प्रतिपूर्ति का प्रमाण शामिल होना चाहिए। यदि दी गई जानकारी स्पष्ट नहीं है, तो कार्यक्रम अतिरिक्त दस्तावेज़ों की मांग कर सकता है, जिससे जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम से प्रतिपूर्ति के लिए प्रतीक्षा का समय बढ़ सकता है।

**काम से बाहर रहने का समय**

1. आप कितने समय से बेरोज़गार हैं? \_\_\_\_\_

2. आपको कितने समय तक बेरोज़गार रहने की उम्मीद है? \_\_\_\_\_

3. क्या आपके पास इसके दस्तावेज़ हैं कि विशेष मुआवज़े की परिभाषा के आधार पर आपकी नौकरी 8 हफ़्ते तक तनखाह प्रतिपूर्ति के लिए योग्य है? \_\_\_\_\_

कृपया वे सभी तिथियाँ (mm/dd/yyyy) और काम के घंटे बताएं जिनके लिए आप भरपाई की मांग कर रहे हैं:

रविवार	सोमवार	मंगलवार	बुधवार	बृहस्पतिवार	शुक्रवार	शनिवार
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:
तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:	तिथि: घंटों की संख्या:

इस अनुरोध के लिए कुल घंटे: \_\_\_\_\_

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

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त निष्पक्ष, सच और सही है, तथा यह कि दावा की गई राशि ज़रूरी थी और जीवित डोनेशन की प्रक्रिया के दौरान खर्च की गई थी।

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

