

Compilare il presente modulo di domanda di rimborso ogniqualvolta si richiede un rimborso e allegare i moduli relativi ai singoli tipi di rimborso richiesti.

Nome del donatore vivente	Cognome	Data di nascita

Centro trapianti: _____

Codice del richiedente

(rilasciato al momento in cui è stato ritenuto idoneo): _____

A quale fase del processo di donazione da vivente si riferisce questa richiesta di rimborso?

(selezionare più fasi, se applicabile)

- Valutazione/Pre-intervento chirurgico
- Intervento chirurgico/Convalescenza
Data dell'intervento chirurgico: _____
- Follow-up
Date degli appuntamenti (mm/gg/aaaa): _____

Se si richiede il rimborso in questa fase indicare anche l'esito della valutazione (se noto):

- Il centro trapianti mi ha autorizzato a sottopormi all'intervento chirurgico
- Il centro trapianti non mi ha autorizzato a sottopormi all'intervento chirurgico
- Altro, dia una spiegazione: _____

Vorremmo conoscere le spese che ha sostenuto. Per compilare una valutazione completa è necessario allegare alla presente domanda le ricevute dettagliate e la conferma degli appuntamenti rilasciata dal centro trapianti.

Per quali spese desidera ottenere il rimborso che sta richiedendo? (sono possibili più risposte)

- Rimborso spese per l'assistenza di persone a carico
- Mancato guadagno o costo del tempo perso
- Mancato rimborso per l'assistenza medica e/o farmaci
- Rimborso spese di viaggio/alloggio per se stessi
- Rimborso per l'accompagnatore

Può ignorare tutte le sezioni relative ai rimborsi non applicabili alle spese per cui desidera richiedere il rimborso *in questo momento*.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Il Programma di sostegno per donatori viventi (Living Donor Support Program) rimborsa le spese sostenute dal donatore vivente per l'assistenza all'infanzia, dovute al fatto che lo stesso deve pagare qualcuno che si prenda cura dei figli, assistenza che normalmente fornirebbe lui stesso ma di cui, a causa del processo di donazione da vivente, non può farsi carico. Il Programma di sostegno per donatori viventi non rimborsa le spese per l'assistenza all'infanzia fornita da terzi che era già in atto prima dell'inizio del processo di donazione da vivente. Poiché le tariffe e i rimborsi sono diversi esiste un modulo specifico per l'assistenza a bambini con disabilità, adulti non autosufficienti e anziani. Fare attenzione a selezionare il modulo corretto.

**Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York
Modulo di rimborso per ASSISTENZA ALL'INFANZIA**

Nome di chi riceve l'assistenza	Data di nascita
Nome dell'operatore che fornisce assistenza a persone a carico	Rapporto di parentela dell'operatore con il minore

Il Programma di sostegno per donatori viventi ha fissato aliquote massime di rimborso per l'assistenza all'infanzia. Se viene fornita assistenza a più di un bambino, il rimborso sarà pari a quello previsto per la "categoria Under 2" (Under 2 category).

Indicare la data (mm/gg/aaaa) e il numero di ore per le quali è stata fornita assistenza all'infanzia in quel giorno:

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****DOPO AVER LETTO LE SEGUENTI DICHIARAZIONI FIRMARE E DATARE LA SEZIONE PERTINENTE**

Dichiaro di avere almeno un figlio a carico che dipende da me per quanto riguarda la sua assistenza e che, a causa del processo di donazione da vivente, ho dovuto sostenere spese per l'assistenza all'infanzia che normalmente non avrei dovuto sostenere. Sono consapevole che il Programma di sostegno per donatori viventi coprirà solo le spese per l'ulteriore assistenza di cui i miei familiari a carico hanno bisogno da parte di terzi per via delle esigenze che il processo di donazione da vivente comporta per me, e non, ad esempio, per l'assistenza che potrebbero già ricevere mentre io sono normalmente al lavoro.

Firma del donatore vivente: _____ **Data:** _____

Dichiaro che le informazioni fornite nel presente modulo sono corrette e che mi sono preso personalmente cura dei bambini nelle date e negli orari indicati.

Firma dell'operatore: _____ **Data:** _____**CERTIFICAZIONE**

Con la presente certifico che quanto sopra è corretto, vero ed equo e che gli importi di cui si richiede il rimborso erano necessari e sono stati versati durante il processo di donazione da vivente.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ASSISTENZA DI PERSONE A CARICO (minori con disabilità, adulti non autosufficienti, anziani)

Il Programma di sostegno per donatori viventi può rimborsare le spese per l'assistenza a persone a carico che normalmente sarebbero sostenute dal donatore vivente e che sono ancora necessarie, ma che a causa del processo di donazione da vivente non possono essere sostenute dal donatore vivente. In questo caso non rientra l'assistenza alle persone a carico già in atto. Poiché le tariffe e i rimborsi sono diversi per l'assistenza all'infanzia esiste un modulo specifico. Fare attenzione a selezionare il modulo corretto.

**Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York
Modulo di rimborso PER MINORI CON DISABILITÀ, ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI, ANZIANI**

Nome di chi riceve l'assistenza	Data di nascita
Nome dell'operatore che fornisce assistenza a persone a carico	Rapporto di parentela dell'operatore con la persona che riceve l'assistenza

Il Programma di sostegno per donatori viventi ha fissato aliquote massime di rimborso per l'assistenza a minori con disabilità, adulti non autosufficienti e/o anziani.

Indicare la data (mm/gg/aaaa) e il numero di ore per le quali è stata fornita assistenza a adulti e/o anziani a carico in quel giorno:

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:

Se si richiede il rimborso delle spese di assistenza per minori con disabilità o adulti non autosufficienti, allegare la documentazione relativa alle diagnosi ammissibili redatta da un medico in possesso delle credenziali appropriate per effettuare tali diagnosi e redigere tale documentazione.

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****DOPO AVER LETTO LE SEGUENTI DICHIARAZIONI FIRMARE E DATARE LA SEZIONE PERTINENTE**

Dichiaro di avere almeno un adulto non autosufficiente o un anziano a carico che dipende da me per quanto riguarda la sua assistenza e che, a causa del processo di donazione da vivente, ho dovuto sostenere spese per l'assistenza che normalmente non avrei dovuto sostenere. Sono consapevole che il Programma di sostegno per donatori viventi non coprirà le spese per l'eventuale assistenza che i miei familiari a carico già ricevono, ad esempio mentre sono normalmente al lavoro.

Firma del donatore vivente: _____ **Data:** _____

Dichiaro che le informazioni fornite nel presente modulo sono corrette e che mi sono preso personalmente cura di adulti/anziani a carico nelle date e negli orari indicati.

Firma dell'operatore: _____ **Data:** _____

CERTIFICAZIONE

Con la presente certifico che quanto sopra è corretto, vero ed equo e che gli importi di cui si richiede il rimborso erano necessari e sono stati versati durante il processo di donazione da vivente.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

SPESE DI VIAGGIO DEL DONATORE VIVENTE (alloggio, trasporti, pasti)

Per determinare un rimborso ragionevole per le spese di viaggio vengono utilizzate le aliquote stabilite dall'Amministrazione dei servizi generali degli Stati Uniti (U.S. General Services Administration, GSA). Il rimborso verrà calcolato considerando l'aliquota GSA in base alla località e all'anno in cui ha avuto luogo la donazione di organo. Tenere presente che l'aliquota GSA è l'importo massimo che il programma può rimborsare, ma se le ricevute indicano costi inferiori all'aliquota GSA, il donatore sarà rimborsato per tale importo. Sono previste sezioni specifiche per quanto riguarda alloggio, pasti e trasporto. Le aliquote GSA attuali sono disponibili su www.gsa.gov/travel. Compilare tutte le voci di viaggio per le quali si sta chiedendo il rimborso. Ogni sezione fornirà indicazioni relative alle ulteriori ricevute che dovranno essere allegate.

ALLOGGIO

Indicare qui di seguito la data (o le date) e la fase (o le fasi) del processo di donazione da vivente per le quali si richiede il rimborso delle spese sostenute per l'alloggio. Allegare tutte le ricevute relative alle spese sostenute per l'alloggio.

***Nota:** Per avere diritto al rimborso delle spese di alloggio secondo quanto stabilito dal programma il donatore vivente deve risiedere a una distanza di almeno 120 km (75 miglia) dal centro trapianti.

Alloggio	Valutazione	Intervento chirurgico e convalescenza	Follow-up
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-

PASTI

Indicare qui di seguito la data (o le date) e la fase (o le fasi) del processo di donazione da vivente per le quali si richiede il rimborso delle spese sostenute per i pasti. Secondo la politica del programma, i pasti possono essere rimborsati solo quando il donatore vivente necessita di un alloggio. Non è necessario allegare le ricevute dei pasti.

Pasti	Valutazione	Intervento chirurgico e convalescenza	Follow-up
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-

TRASPORTI

Nel compilare questa sezione, sotto le voci "Località di partenza" e "Località di arrivo", indicare una descrizione della stessa oltre all'indirizzo. Per descrizione si intende ad esempio hotel, abitazione, centro trapianti. Compilare per ogni viaggio (non inserire viaggi di andata e ritorno). Vedere gli esempi seguenti. Allegare eventuali ticket, ricevute o documenti di viaggio.

Data	Modalità di trasporto	Km (miglia)	Località di partenza	Località di arrivo
ESEMPIO 01/01/2025	Auto personale	240 (150)	Casa 75 Something St Anywhere, NY 12345	Centro trapianti Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

SPESE DI VIAGGIO PER L'ACCOMPAGNATORE

Il Programma di sostegno per donatori viventi dello Stato di New York può pagare un accompagnatore alla volta per il trasferimento al centro trapianti. All'accompagnatore verrà rimborsata una diaria fissa di 100 dollari per un massimo di 20 giorni complessivi in tutte le singole fasi del processo di donazione da vivente.

DATI DELL'ACCOMPAGNATORE

Nome dell'accompagnatore	Cognome	Grado di parentela con il donatore

Indicare per quanti giorni l'accompagnatore è stato presente e le relative date.

Numero di giorni di accompagnamento: _____ Data: _____ - _____

DOPO AVER LETTO LE SEGUENTI DICHIARAZIONI FIRMARE E DATARE LA SEZIONE PERTINENTE

Dichiaro che la persona indicata mi ha accompagnato fisicamente al centro trapianti nelle date indicate.

Firma del donatore vivente:

Data:

Dichiaro di avere accompagnato fisicamente il donatore vivente al centro trapianti e di avere sostenuto spese personali nelle date indicate.

Firma dell'accompagnatore:

Data:

CERTIFICAZIONE

Con la presente certifico che quanto sopra è corretto, vero ed equo e che gli importi di cui si richiede il rimborso erano necessari e sono stati versati durante il processo di donazione da vivente.

Firma:

Data:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

RIMBORSO PER IL MANCATO GUADAGNO

Per richiedere il rimborso del mancato guadagno è necessario aver già presentato le buste paga richieste, il modulo W-2/1099 e il modulo di verifica del datore di lavoro. Prima di presentare qualsiasi richiesta al Programma di sostegno per donatori viventi, è necessario ricorrere a eventuali terzi pagatori cui è possibile rivolgersi. Ad esempio assegno per invalidità temporanea o un programma aziendale che prevede permessi retribuiti oltre a quelli standard maturati.

Il Programma di sostegno per donatori viventi può rimborsare il mancato guadagno fino a un massimo di 4 settimane, salvo circostanze particolari stabilite dal medico curante, ad esempio se il donatore svolge un lavoro impegnativo dal punto di vista fisico. In circostanze particolari debitamente documentate, il programma può rimborsare il mancato guadagno del donatore vivente per un massimo di 8 settimane. Allegare la documentazione con la quale il medico curante indica quali sono le circostanze particolari che richiedono un'assenza dal lavoro superiore a 4 settimane. La politica del programma stabilisce per il rimborso del mancato guadagno un limite di 2 giorni per la fase di valutazione e di 1 giorno per ogni visita ambulatoriale effettuata durante la fase di follow-up.

PROGRAMMA DI SOSTEGNO PER DONATORI VIVENTI DELLO STATO DI NEW YORK

Modulo di rimborso per mancato guadagno

Indicare quali sono i terzi pagatori cui è possibile rivolgersi. Può trattarsi di benefit concessi dal datore di lavoro, assicurazione del ricevente o altre risorse: _____

Ha richiesto rimborsi a queste risorse? _____

Ha ricevuto rimborsi da queste risorse? _____

In caso affermativo, indicare a che proposito è stato ricevuto il rimborso e gli importi ricevuti.

*Se si ricorre a pagatori terzi allegare la relativa documentazione alla presente richiesta di rimborso, ad esempio una precisa descrizione della risorsa che ha effettuato il pagamento e attestazione dell'avvenuto rimborso. Se la documentazione fornita non è sufficiente, il programma può richiederne ancora, prolungando potenzialmente i tempi di attesa per il rimborso del Programma di sostegno ai donatori viventi.

Tempo di assenza dal lavoro

1. Per quanto tempo non ha lavorato? _____

2. Per quanto tempo pensa di non poter lavorare? _____

3. Ha la documentazione che attesta che il suo lavoro le dà diritto al rimborso per mancato guadagno per un massimo di 8 settimane in base alla definizione di corrispettivo speciale? _____

Indicare tutte le date (mm/gg/aa) e le ore di lavoro per le quali si richiede il rimborso:

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:

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

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:	Numero di ore:

Totale ore per questa richiesta: _____**CERTIFICAZIONE**

Con la presente certifico che quanto sopra è corretto, vero ed equo e che gli importi di cui si richiede il rimborso erano necessari e sono stati versati durante il processo di donazione da vivente.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

SPESE MEDICHE

Unitamente a questa sezione compilata si dovranno allegare le ricevute/la comunicazione di rifiuto del rimborso delle spese mediche non coperte dall'assicurazione sanitaria o da terzi pagatori.

SPESE MEDICHE DIRETTAMENTE RELATIVE ALLA DONAZIONE DI ORGANI	IMPORTO RICHIESTO
Farmaci su prescrizione non pagati/non rimborsati per la donazione di organi (compresi farmaci su prescrizione da banco)	
Altre spese mediche non pagate/non rimborsate (indicare i dettagli relativi a spese mediche non pagate/non rimborsate)	
TOTALE IMPORTO RICHIESTO PER FARMACI E SPESE MEDICHE:	

CERTIFICAZIONE

Con la presente certifico che il conto sopra riportato e gli allegati sono corretti, veri ed equi, che nessuna parte di essi è stata pagata, salvo quanto ivi indicato, e che il saldo ivi riportato è effettivamente dovuto e che gli importi di cui si richiede il rimborso erano necessari e sono stati versati nell'esercizio delle mie mansioni ufficiali.

Firma:

Data:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: