

환급을 요청할 때마다 본 환급 신청서를 작성하고, 요청하는 환급 유형에 해당하는 양식을 첨부해 주십시오.

생체 기증자 이름	성	생년월일

이식 센터: _____

신청자 번호(자격 승인 시 부여됨): _____

본 환급 신청은 생체 기증 과정의 어느 단계에 해당합니까? (요청에 해당하는 경우 둘 이상의 단계를 선택하십시오)

평가/수술 전

수술/회복

수술 날짜: _____

후속 관리

예약 날짜(월월/일일/년년년년): _____

이 단계에서 환급을 신청할 때 평가 결과를 명시해 주십시오(알고 있는 경우):

이식 센터가 수술 진행을 승인함

이식 센터가 수술 진행을 승인하지 않음

기타, 설명해 주십시오. _____

비용에 대해 알려주십시오. 전체 검토를 완료하려면 상세 영수증과 이식 센터의 예약 확인서가 본 신청서와 함께 필요합니다.

본 청구에서 환급을 요청하는 비용은 무엇입니까? (해당되는 모든 항목에 체크하십시오)

피부양 가족 돌봄 비용 환급

임금 손실 또는 손실 시간 비용

환급받지 못한 의료 비용 및/또는 약제비

본인 이동/숙박 비용 환급

동반인 비용 환급

현재 요청하는 비용에 해당하지 않는 환급 유형 섹션은 건너뛰십시오.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

아동 돌봄

생체 기증자 지원 프로그램(Living Donor Support Program)은 생체 기증자가 평소에는 본인이 제공하던 자녀 돌봄을 생체 기증 과정으로 인해 직접 제공할 수 없어 다른 사람에게 비용을 지불하고 돌봄을 맡겨야 해서 발생한 아동 돌봄 비용을 환급합니다. 생체 기증자 지원 프로그램은 생체 기증 과정 시작 전부터 이미 존재했던 다른 사람의 아동 돌봄 비용은 환급하지 않습니다. 별도의 장애 아동, 피부양 성인 및 노인 돌봄 양식이 있으며, 효율과 환급이 다릅니다. 적절한 양식을 선택하시기 바랍니다.

뉴욕주-생체 기증자 지원 프로그램 아동 돌봄 환급 양식

돌봄을 받는 개인의 이름	생년월일
피부양 가족 돌봄 제공자 이름	아동과의 관계

생체 기증자 지원 프로그램은 아동 돌봄에 대한 최대 환급 효율을 설정하고 있습니다. 한 명 이상의 아동에 대한 돌봄 제공 시 환급은 "2세 미만 범주(Under 2 category)"에 해당하는 효율로 적용됩니다.

아동 돌봄이 제공된 날짜(월월/일일/년년년년)와 총 '시간 수'를 표시해 주십시오.

일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

아래 내용을 읽은 후 해당 섹션에 서명하고 날짜를 기입해 주십시오

본인은 돌봄이 필요한 피부양 아동이 최소 한 명 있으며, 생체 기증 과정을 통해 평소에는 지불하지 않던 아동 돌봄 비용을 지불해야 했음을 확인합니다. 본인은 생체 기증자 지원 프로그램이 생체 기증자 과정의 요구로 인해 피부양 가족이 다른 사람에게 필요로 했던 추가 돌봄에 대해서만 비용을 지불하며, 예를 들어 본인이 평소 직장에 있는 동안 이미 받고 있던 돌봄에 대해서는 지불하지 않음을 이해합니다.

생체 기증자 서명: _____ 날짜: _____

본인은 이 양식에 제공된 정보가 정확하며, 기록된 날짜와 시간에 본인이 아동 돌봄을 수행했음을 확인합니다.

제공자 서명: _____ 날짜: _____

인증

본인은 위 내용이 정당하고 진실하며 정확하고, 청구된 금액이 생체 기증 과정에서 필요하고 발생한 것임을 증명합니다.

서명:

날짜:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

피부양 가족 돌봄(장애 아동, 피부양 성인, 노인 돌봄)

생체 기증자 지원 프로그램은 평소에는 생체 기증자가 수행하던 피부양 가족 돌봄 중 여전히 필요하지만 생체 기증 과정으로 인해 생체 기증자가 수행할 수 없는 돌봄 비용을 환급할 수 있습니다. 이미 존재하는 피부양 가족 돌봄은 포함되지 않습니다. 별도의 아동 돌봄 양식이 있으며, 효율과 환급이 다릅니다. 적절한 양식을 선택하시기 바랍니다.

**뉴욕주-생체 기증자 지원 프로그램
장애 아동, 피부양 성인, 노인 돌봄 환급 양식**

돌봄을 받는 개인의 이름	생년월일
피부양 가족 돌봄 제공자 이름	아동과의 관계

생체 기증자 지원 프로그램은 장애 아동, 피부양 성인 및/또는 노인 돌봄에 대한 최대 환급 효율을 설정하고 있습니다.

피부양 성인/노인 돌봄이 제공된 날짜(월월/일일/년년년년)와 총 ‘시간 수’를 표시해 주십시오.

일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:

장애 아동 또는 피부양 성인에 대한 돌봄 환급을 신청하는 경우, 해당 진단을 내릴 수 있는 적절한 자격을 갖춘 제공자의 적격 진단 서류를 첨부해 주십시오.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

아래 내용을 읽은 후 해당 섹션에 서명하고 날짜를 기입해 주십시오

본인은 돌봄이 필요한 피부양 성인 또는 노인이 최소 한 명 있으며, 생체 기증 과정을 통해 평소에는 지불하지 않던 돌봄 비용을 지불해야 했음을 확인합니다. 본인은 생체 기증자 지원 프로그램이 본인이 평소 직장에 있는 동안 피부양 가족이 이미 받고 있는 돌봄에 대해서는 비용을 지불하지 않음을 이해합니다.

생체 기증자 서명: _____ 날짜: _____

본인은 이 양식에 제공된 정보가 정확하며, 기록된 날짜와 시간에 본인이 피부양 성인/노인 돌봄을 수행했음을 확인합니다.

제공자 서명: _____ 날짜: _____

인증

본인은 위 내용이 정당하고 진실하며 정확하고, 청구된 금액이 생체 기증 과정에서 필요하고 발생한 것임을 증명합니다.

서명:

날짜:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

생체 기증자 이동 비용(숙박, 교통, 식비)

연방조달청(U. S. General Services Administration, GSA) 요율은 이동 비용의 합리적인 환급 설정에 사용됩니다. 환급은 장기 기증이 이루어지는 지역과 연도의 GSA 요율에 따라 제공됩니다. GSA 요율은 프로그램이 환급할 수 있는 최대 금액이지만, 영수증에 GSA 요율보다 적은 비용이 표시되면 기증자에게 해당 금액으로 환급됩니다. 숙박, 식비 및 교통에 대한 별도 섹션이 있습니다. 현재 GSA 요율은 gsa.gov/travel에서 확인할 수 있습니다. 환급을 요청하는 이동 항목을 작성해 주십시오. 각 섹션에서 첨부해야 할 추가 영수증에 대한 안내가 제공됩니다.

숙박

숙박 비용 환급을 요청하는 생체 기증자 과정의 날짜와 단계를 아래에 표시해 주십시오. 숙박 비용 관련 모든 영수증을 첨부하십시오

***참고:** 숙박 비용 환급 자격을 얻으려면 생체 기증자가 프로그램에서 결정한 바에 따라 이식 센터에서 편도 75마일 이상 떨어진 곳에 거주해야 합니다.

호텔	평가	수술 및 회복	후속 관리
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~

식비

식비 환급을 요청하는 생체 기증자 과정의 날짜와 단계를 아래에 표시해 주십시오. 프로그램 정책에 따라, 식비는 생체 기증자가 숙박이 필요한 경우에만 환급될 수 있습니다. 식비 영수증은 필요하지 않습니다.

식비	평가	수술 및 회복	후속 관리
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~

교통

이 섹션을 작성할 때, 출발지와 도착지에 위치 설명과 주소를 표시해 주십시오. 설명은 호텔, 자택, 이식 센터 등이 될 수 있습니다. 각 이동에 대해 작성하십시오(왕복은 포함하지 마십시오). 아래 예시를 참조하십시오. 모든 티켓, 영수증 또는 이동 증빙을 첨부해 주십시오.

날짜	교통 수단	마일	출발지	도착지
1/1/2025	자가용	150	자택 75 Something St Anywhere, NY 12345	이식 센터 Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

동반인 이동 비용

뉴욕주-생체 기증자 지원 프로그램은 이식 센터 방문당 한 번에 한 명의 동반인에게 비용을 지불할 수 있습니다. 동반인에게는 생체 기증 과정의 모든 단계를 통틀어 최대 20일까지 일일 정액 \$100가 환급됩니다.

동반인 정보

동반인 이름	성	기증자와의 관계

동반인이 동행한 일수와 동반 날짜를 표시해 주십시오.

동반 일수: _____ 날짜(들): _____ ~ _____

아래 내용을 읽은 후 해당 섹션에 서명하고 날짜를 기입해 주십시오

본인은 명시된 동반인이 제공된 날짜에 물리적으로 이식 센터에 동행했음을 확인합니다.

생체 기증자 서명:

날짜:

본인은 생체 기증자와 함께 이식 센터에 물리적으로 동행했으며, 제공된 날짜에 개인 비용이 발생했음을 확인합니다.

동반인 서명:

날짜:

인증

본인은 위 내용이 정당하고 진실하며 정확하고, 청구된 금액이 생체 기증 과정에서 필요하고 발생한 것임을 증명합니다.

서명:

날짜:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #: _____

Applicant #: _____

임금 환급

임금 환급을 신청하려면 필요한 급여 명세서, W-2/1099 및 고용주 확인 양식을 이미 제출했어야 합니다. 생체 기증자 지원 프로그램에 요청하기 전에 이용 가능한 제3자 지급인을 먼저 활용해야 합니다. 일부 예로는 단기 장애 보험이나 표준 적립금 외에 휴가를 제공하는 고용주 프로그램이 있습니다.

생체 기증자 지원 프로그램은 의료 제공자가 결정한 특별 상황(예: 기증자가 육체적으로 힘든 직업을 가진 경우)이 없는 한 최대 총 4주까지 손실 임금을 환급할 수 있습니다. 특별 상황이 문서화된 경우, 프로그램은 생체 기증자의 손실 임금을 최대 총 8주까지 환급할 수 있습니다. 4주 이상 일을 쉬어야 하는 특별 상황을 나타내는 의료 제공자 서류를 첨부해 주십시오. 프로그램 정책은 평가 단계에서 손실 임금 환급을 2일로, 후속 관리 단계에서 진료 방문당 1일의 손실 임금으로 제한합니다.

**뉴욕주-생체 기증자 지원 프로그램
임금 환급 양식**

이용 가능한 제3자 지급인을 표시해 주십시오. 이는 고용주 혜택, 수혜자 보험 또는 기타 출처를 통한 것일 수 있습니다.

이러한 출처에서 환급을 요청했습니까? _____

이러한 출처에서 환급을 받았습니까? _____

그렇다면, 무엇에 대해 환급을 받았으며, 받은 금액은 얼마입니까?

*제3자 지급인을 이용하는 경우 이 환급 요청에 서류를 첨부해 주십시오. 서류에는 지급인 출처에 대한 명확한 설명과 환급 증빙이 포함되어야 합니다. 프로그램은 제공된 내용이 명확하지 않은 경우 추가 서류를 요청할 수 있으며, 이로 인해 생체 기증자 지원 프로그램 환급 대기 시간이 연장될 수 있습니다.

휴직 기간

1. 얼마나 오래 일을 쉬셨습니까? _____

2. 얼마나 오래 일을 쉴 것으로 예상하십니까? _____

3. 특별 고려 사항 정의에 따라 최대 8주까지 임금 환급을 받을 수 있는 직업임을 증명하는 서류가 있습니까? _____

환급을 요청하는 모든 날짜(월월/일일/년년년년)와 근무 '시간 수'를 표시해 주십시오.

일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:
날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:	날짜: 시간:

본 요청의 총 시간: _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

인증

본인은 위 내용이 정당하고 진실하며 정확하고, 청구된 금액이 생체 기증 과정에서 필요하고 발생한 것임을 증명합니다.

서명:

날짜:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

의료 비용

건강 보험이나 제3자 지급인이 보장하지 않는 의료 비용에 대한 영수증/거부서 첨부가 이 섹션 작성과 함께 필요합니다.

장기 기증과 직접 관련된 의료 비용	청구 금액
장기 기증 관련 미지급/미환급 처방 약제비(처방된 일반의약품 포함)	
기타 미지급/미환급 의료 비용(아래에 미지급/미환급 의료 비용에 대한 세부 사항을 제공해 주십시오)	
청구하는 총 약제비 및 의료 비용:	

인증

본인은 위 계정 및 첨부 명세서가 정당하고 진실하며 정확하고, 그 안에 명시된 것을 제외하고는 어떤 부분도 지불되지 않았으며, 그 안에 명시된 잔액이 실제로 지불해야 할 금액이고, 청구된 금액이 공식 업무 수행에 필요하고 발생한 것임을 증명합니다.

서명:

날짜:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: