

Wniosek o refundację kosztów (Application For Reimbursement)
Program Wsparcia Dawców Żywych (Living Donor Support Program)

Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza wniosku o zwrot kosztów za każdym razem podczas ubiegania się o zwrot kosztów, a także o dołączenie formularzy odpowiednich do rodzaju wnioskowanego zwrotu.

Imię dawcy żywego	Nazwisko	Data urodzenia

Ośrodek transplantacyjny: _____

Numer wnioskodawcy (przyznany podczas zatwierdzenia kwalifikowalności): _____

Której fazy procesu dawstwa od dawcy żywego dotyczy ten wniosek o zwrot kosztów?

(zaznaczyć można więcej niż jedną fazę w zależności od wniosku)

- Ocena / przed operacją
- Operacja/rekonwalescencja
Data operacji: _____
- Opieka następcza
Daty wizyt (mm/dd/yyyy): _____

W przypadku ubiegania się o zwrot kosztów w tej fazie należy określić wynik oceny (jeżeli jest znany):

- Ośrodek transplantacyjny zatwierdził moją operację
- Ośrodek transplantacyjny nie zatwierdził mojej operacji
- Inna odpowiedź – prosimy wyjaśnić: _____

Prosimy poinformować nas o swoich wydatkach. W celu zakończenia pełnego przeglądu należy przekazać wraz z tym wnioskiem szczegółowe potwierdzenia wizyt w ośrodku transplantacyjnym, które wymagają weryfikacji.

Których wydatków dotyczy niniejszy wniosek o zwrot kosztów? (zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)

- Wydatki na opiekę nad wymagającymi jej osobami
- Koszty nierefundowanej opieki medycznej lub leków
- Wydatki na osobę wspierającą
- Utracone zarobki lub koszt utraconego czasu
- Własne koszty podróży/zakwaterowania

Prosimy o pominięcie sekcji dotyczących zwrotów kosztów, o które wnioskodawca nie ubiega się obecnie.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

OPIEKA NAD DZIEĆMI

Program Wsparcia Dawców Żywych (Living Donor Support Program) zwraca koszty opieki nad dziećmi poniesione przez dawcę żywego, który musi zapłacić komuś za opiekę nad swoim dzieckiem/dziećmi, zapewnianą zazwyczaj przez niego samego, ale ze względu na procedurę dawstwa narządów nie jest on w stanie sam zapewnić takiej opieki. Program Wsparcia Dawców Żywych nie obejmuje zwrotu kosztów opieki nad dziećmi świadczonej przez inne osoby, która miała miejsce przed rozpoczęciem procesu dawstwa narządów od dawcy żywego. Istnieją specjalne formularze dotyczące opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością, osobą dorosłą wymagającą opieki i osobą starszą, ponieważ stawki i zasady zwrotu kosztów w ich przypadku są różne. Prosimy o wybranie odpowiedniego formularza.

**Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork
Formularz zwrotu kosztów OPIEKI NAD DZIEĆMI**

Imię i nazwisko osób objętych opieką	Data urodzenia
Imię i nazwisko opiekuna	Związek opiekuna z dziećmi

W Programie Wsparcia Dawców Żywych obowiązują maksymalne stawki zwrotu kosztów opieki nad dziećmi. W przypadku opieki nad więcej niż jednym dzieckiem zwrot kosztów zostanie dokonany według stawki równoważnej „kategorii Poniżej 2” (Under 2 category).

Prosimy wskazać datę (mm/dd/yyyy) i liczbę godzin opieki nad dzieckiem w danym dniu:

Niedziela	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

PO PRZECZYTANIU PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ NALEŻY PODPISAĆ I OPATRYĆ DATĄ WYZNACZONĄ SEKCJĘ

Oświadczam, że mam na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko, które wymaga ode mnie opieki, a dawstwo organu od dawcy żywego wymagało ode mnie zapłacenia za opiekę nad dzieckiem, za którą normalnie nie płacę. Rozumiem, że Program Wsparcia Dawców Żywych pokryje jedynie koszty dodatkowej opieki, jakiej osoby będące pod moją opieką potrzebowały ze strony innych osób ze względu na wymagania związane z dawstwem organu od dawcy żywego, a nie na przykład opieki, z której mogą już korzystać, gdy zazwyczaj jestem w pracy.

Podpis dawcy żywego: _____ Data: _____

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są prawdziwe i że opiekę nad dzieckiem sprawowałem(-am) osobiście w podanych dniach i godzinach.

Podpis opiekuna: _____ Data: _____

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje są rzetelne, prawdziwe i poprawne oraz że podane kwoty były konieczne i zostały poniesione w trakcie procesu dawstwa organu od dawcy żywego.

Podpis:

Data:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

OPIEKA NAD WYMAGAJĄCYMI JEJ OSOBAMI (dziećmi z niepełnosprawnością, dorosłymi wymagającymi opieki, osobami starszymi)

Program Wsparcia Dawców Żywych może zwrócić koszty opieki nad osobami jej wymagającymi, która normalnie byłaby zapewniana przez dawcę żywego, a która nadal jest konieczna, ale ze względu na proces dawstwa od dawcy żywego nie może być przez niego świadczona. Nie obejmuje to opieki, z której już korzystają osoby jej wymagające. Istnieją specjalne formularze dotyczące opieki nad dzieckiem, a stawki i zasady zwrotu kosztów w ich przypadku są różne. Prosimy o wybranie odpowiedniego formularza.

**Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork
Formularz wniosku o zwrot kosztów ZA OPIEKĘ NAD DZIECKIEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB OSOBĄ
DOROSŁĄ ALBO STARSZĄ WYMAGAJĄCĄ OPIEKI**

Imię i nazwisko osób objętych opieką	Data urodzenia
Imię i nazwisko opiekuna	Związek opiekuna z dziećmi

W Programie Wsparcia Dawców Żywych obowiązują maksymalne stawki zwrotu kosztów opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością lub osobą dorosłą albo starszą wymagającą opieki.

Prosimy wskazać datę (mm/dd/yyyy) i liczbę godzin opieki nad osobą dorosłą albo starszą wymagającą opieki w danym dniu:

Niedziela	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:

Ubiegając się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością lub osobą dorosłą albo starszą wymagającą opieki, należy dołączyć dokumentację potwierdzającą diagnozę wystawioną przez lekarza mającego odpowiednie uprawnienia do postawienia takiej diagnozy oraz wydania takiej dokumentacji.

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****PO PRZECZYTANIU PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ NALEŻY PODPISAĆ I OPATRYĆ DATĄ WYZNACZONĄ SEKCJĘ**

Oświadczam, że mam co najmniej jedną osobę dorosłą lub starszą, która wymaga ode mnie opieki, a dawstwo organu od dawcy żywego wymagało ode mnie zapłacenia za opiekę, za którą normalnie nie płacę. Rozumiem, że Program Wsparcia Dawców Żywych nie pokryje kosztów opieki, z której osoby te mogą już korzystać, na przykład gdy zazwyczaj jestem w pracy.

Podpis dawcy żywego: _____ **Data:** _____

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są prawdziwe i że opiekę nad osobą dorosłą/ starszą sprawowałem(-am) osobiście w podanych dniach i godzinach.

Podpis opiekuna: _____ **Data:** _____**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje są rzetelne, prawdziwe i poprawne oraz że podane kwoty były konieczne i zostały poniesione w trakcie procesu dawstwa organu od dawcy żywego.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

KOSZTY PODRÓŻY DAWCY ŻYWEGO (zakwaterowanie, transport, posiłki)

Do ustalania rozsądnego zwrotu kosztów podróży stosuje się stawki amerykańskiego Urzędu ds. Usług Ogólnych (U.S. General Services Administration, GSA). Zwrot kosztów zostanie dokonany zgodnie ze stawką GSA obowiązującą na obszarze i w roku, w którym został pobrany narząd. Należy pamiętać, że stawka GSA stanowi maksymalną kwotę, jaką program może zwrócić, ale jeśli rachunki wykażą koszty niższe od stawki GSA, dawca otrzyma zwrot w tej wysokości. Istnieją specjalne sekcje dotyczące zakwaterowania, wyżywienia i transportu. Aktualne stawki GSA można sprawdzić na stronie www.gsa.gov/travel. Należy wypełnić pola dotyczące obszarów podróży, których dotyczy wnioski o zwrot kosztów. W każdej sekcji znajdują się wskazówki dotyczące dodatkowych paragonów, których dołączenie będzie wymagane.

ZAKWATEROWANIE

Prosimy podać poniżej daty i etapy procesu dawstwa narządu od dawcy żywego, których dotyczy wnioski o zwrot kosztów noclegu. Należy dołączyć wszystkie rachunki związane z kosztami zakwaterowania.

* **Uwaga:** aby kwalifikować się do zwrotu kosztów zakwaterowania, dawca żywy musi mieszkać w odległości nie mniejszej niż 75 mil w jedną stronę od ośrodka transplantacyjnego, zgodnie z ustaleniami programu.

Hotel	Ocena	Operacja i rekonwalescencja	Opieka następcza
	do	do	do
	do	do	do
	do	do	do

POSIŁKI

Prosimy podać poniżej daty i etapy procesu dawstwa narządu od dawcy żywego, których dotyczy wnioski o zwrot kosztów posiłków. Zgodnie z zasadami programu koszt posiłków może zostać zwrócony tylko wtedy, gdy dawca żywy wymaga zakwaterowania. Paragony za posiłki nie będą wymagane.

Posiłki	Ocena	Operacja i rekonwalescencja	Opieka następcza
	do	do	do
	do	do	do
	do	do	do

TRANSPORT

Wypełniając tę sekcję, w polach lokalizacji początkowej i końcowej należy podać opis lokalizacji oraz adres. Opiszem może być „hotel”, „dom”, „ośrodek transplantacyjny” itp. Informacje należy podać w odniesieniu do każdej podróży (nie wliczając podróży w obie strony). Patrz przykład poniżej. Należy załączyć wszelkie bilety, paragony i potwierdzenia podróży.

Data	Środek transportu	Mile	Lokalizacja początkowa	Lokalizacja końcowa
PRZYKŁAD 01/01/2025	Samochód własny	150	Dom 75 Something St Anywhere, NY 12345	Ośrodek transplantacyjny Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

WYDATKI NA PODRÓŻ OSOBY WSPIERAJĄCEJ

Program Wsparcia Dawców Żywych stanu Nowy Jork może opłacić koszty jednej osoby wspierającej na jedną podróż do ośrodka transplantacyjnego. Osoba wspierająca otrzymuje zwrot po zryczałtowanej stawce dziennej w wysokości 100 \$ za maksymalnie 20 dni łącznie we wszystkich fazach procesu dawstwa organów od dawcy żywego.

INFORMACJE O OSOBIE WSPIERAJĄCEJ

Imię osoby wspierającej	Nazwisko	Powiązanie z dawcą

Prosimy wskazać liczbę dni, jaką osoba wspierająca towarzyszyła dawcy oraz daty, w których okazywała wsparcie.

Liczba dni wsparcia: _____ Daty: _____ do _____

PO PRZECZYTANIU PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ NALEŻY PODPISAĆ I OPATRYĆ DATĄ WYZNACZONĄ SEKCJĘ

Oświadczam, że wskazana osoba wspierająca fizycznie towarzyszyła mi do ośrodka transplantacyjnego w podanych terminach.

Podpis dawcy żywego:

Data:

Oświadczam, że fizycznie towarzyszyłem(-am) dawcy żywemu do ośrodka transplantacyjnego i poniosłem(-am) wydatki osobiste w podanych terminach.

Podpis osoby wspierającej:

Data:

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje są rzetelne, prawdziwe i poprawne oraz że podane kwoty były konieczne i zostały poniesione w trakcie procesu dawstwa organu od dawcy żywego.

Podpis:

Data:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ZWROT UTRACONYCH ZAROBKÓW

Aby ubiegać się o zwrot zarobków, należy wcześniej przelać wymagane odcinki wypłat, formularz W-2/1099 i formularz weryfikacyjny pracodawcy. Przed złożeniem jakichkolwiek wniosków do Programu Wsparcia Dawców Żywych wnioskodawca jest zobowiązany skorzystać z usług płatników zewnętrznych, do których usług ma dostęp. Przykładami mogą być krótkoterminowe zwolnienie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy lub program pracodawcy oferujący urlop poza standardowo naliczonym czasem wolnym.

Program Wsparcia Dawców Żywych może zwrócić utracone zarobki z okresu do 4 tygodni, chyba że istnieją szczególne okoliczności określone przez lekarza dawcy, na przykład wymagająca fizycznie praca dawcy.

W przypadku udokumentowania szczególnych okoliczności program może zrekompensować dawcy żywemu utracone zarobki za okres do 8 tygodni. Prosimy dołączyć dokumentację medyczną wskazującą, jakie szczególne okoliczności uzasadniają nieobecność w pracy przez okres dłuższy niż 4 tygodnie. Zasady programu ograniczają zwrot utraconych zarobków do 2 dni w fazie oceny i 1 dnia za każdą wizytę w gabinecie w fazie opieki następczej.

PROGRAM WSPARCIA DAWCÓW ŻYWYCH STANU NOWY JORK

Formularz wniosku o zwrot utraconych zarobków

Prosimy wskazać płatników zewnętrznych dostępnych dla wnioskodawcy. Mogą to być świadczenia pracodawcy, ubezpieczenie biorcy lub inne źródła: _____

Czy wnioskodawca ubiegał się o zwrot kosztów z tych źródeł? _____

Czy wnioskodawca uzyskał zwrot kosztów z tych źródeł? _____

Jeżeli tak, należy wskazać, za co uzyskano zwrot kosztów i w jakich kwotach.

* W przypadku korzystania z usług płatników zewnętrznych prosimy o dołączenie dokumentacji do niniejszego wniosku o zwrot kosztów. Dokumentacja powinna zawierać dokładny opis płatnika oraz dowód zwrotu kosztów. Jeżeli podane informacje nie będą jasne, program może zażądać dodatkowej dokumentacji, co może potencjalnie wydłużyć czas oczekiwania na zwrot kosztów w ramach Programu Wsparcia Dawców Żywych.

Czas przerwy w wykonywaniu pracy

1. Jak długo wnioskodawca nie wykonuje pracy? _____

2. Jak długo wnioskodawca spodziewa się nie wykonywać pracy? _____

3. Czy wnioskodawca ma dokumentację potwierdzającą, że jego praca uprawnia do zwrotu zarobków za okres do 8 tygodni na podstawie definicji specjalnego traktowania? _____

Prosimy wskazać wszystkie daty (mm/dd/yyyy) i godziny pracy, których dotyczy wniosek o zwrot:

Niedziela	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:	Liczba godzin:

Łączna liczba godzin, której dotyczy ten wniosek: _____

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

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje są rzetelne, prawdziwe i poprawne oraz że podane kwoty były konieczne i zostały poniesione w trakcie procesu dawstwa organu od dawcy żywego.

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

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

WYDATKI MEDYCZNE

Wraz z wypełnieniem tej sekcji będzie wymagane załączenie paragonów i odmów refundacji kosztów medycznych nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym lub zwrotem przez płatników zewnętrznych.

WYDATKI MEDYCZNE BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANE Z DAWSTWEM NARZĄDÓW**WNIOSKOWANA KWOTA**

Nieopłacone/nier refundowane leki na receptę na cele dawstwa narządów (łącznie z przepisany mi lekami dostępnymi bez recepty)

Inne nieopłacone/nier refundowane koszty medyczne (poniżej prosimy o podanie szczegółów dotyczących nieopłaconych/nier refundowanych kosztów medycznych)

ŁĄCZNA WNIO SKOWANA KWOTA KOSZTÓW LEKÓW I WYDATKÓW MEDYCZNYCH:**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że powyższe zestawienie oraz załączniki są rzetelne, prawdziwe i poprawne, że żadna część tych kosztów nie została opłacona, z wyjątkiem pozycji tu określonych, a pozostała kwota jest faktycznie należna i wymagalna, a także że wnioskowane kwoty były konieczne i zostały poniesione w związku z wykonywaniem przeze mnie obowiązków służbowych.

Podpis:

Data:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: