

**Заявление на возмещение расходов
(Application For Reimbursement)**
Программа поддержки живых доноров
(Living Donor Support Program)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

Заполняйте данное заявление на возмещение расходов каждый раз, когда вы будете запрашивать возмещение, и прикладывайте соответствующие формы для каждого типа возмещения, которое вы запрашиваете.

Имя живого донора	Фамилия	Дата рождения

Трансплантационный центр: _____

Номер заявителя (присвоенный при одобрении заявки на участие): _____

Для какой фазы процедуры прижизненного донорства предназначено заявление на возмещение расходов?
(можно выбрать больше одной фазы, если это применимо к вашему запросу)

- Оценка (до операции)
- Операция и восстановление
Дата операции: _____
- Последующее наблюдение
Дата(-ы) приема(-ов) (дд/мм/гггг): _____

Когда вы подаете заявление на возмещение расходов в ходе этой фазы, укажите результат вашей оценки (если он известен):

- Трансплантационный центр одобрил мое участие и дал разрешение на операцию
- Трансплантационный центр не одобрил мое участие и не дал разрешения на операцию
- Другое, поясните: _____

Расскажите о ваших расходах. Для проведения полной проверки вместе в заявлении необходимо предоставить подробные квитанции и подтверждение приема(-ов) трансплантационным центром.

Какие расходы вы просите возместить в этом заявлении? (отметьте все подходящие варианты)

- Возмещение расходов по уходу за иждивенцем
- Потерянная заработная плата или упущенное время
- Невозмещенные медицинские расходы и (или) расходы на лекарственные препараты
- Возмещение расходов на проезд/проживание для себя
- Возмещение расходов для помощника

Пропустите разделы для возмещения любых видов расходов, которые *в настоящее время* вы не запрашиваете.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

РАСХОДЫ НА УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Программа поддержки живых доноров (Living Donor Support Program) возмещает расходы на услуги по уходу за ребенком (детьми), которые живой донор понес в связи с необходимостью платить лицу, ухаживающему за его ребенком (детьми), потому что из-за участия в процедуре прижизненного донорства он не мог ухаживать за ним (ними) сам. Программа поддержки живых доноров не возмещает расходы на услуги по уходу за ребенком, оказываемые другими лицами, если они использовались до начала процедуры прижизненного донорства.

Для возмещения расходов на услуги по уходу за детьми с ограниченными возможностями, совершеннолетними иждивенцами и пожилыми лицами предусмотрены разные формы, тарифы и процедуры возмещения. Убедитесь, что вы выбрали надлежащую форму.

**Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк
Форма возмещения расходов НА УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ**

Имя и фамилия лица, получающего уход	Дата рождения
Имя и фамилия поставщика услуг по уходу за иждивенцем	Кем поставщик услуг приходится ребенку (детям)

Программа поддержки живых доноров установила максимальные тарифы для возмещения расходов на услуги по уходу за детьми. Если оказывались услуги по уходу более чем за одним ребенком, возмещение будет осуществляться по тарифу для «Категории 2» (“Under 2 category”).

Укажите дату (дд/мм/гггг) и количество часов, в течение которых в этот день требовался уход за ребенком:

Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПРОЧИТАЕТЕ ПРИВЕДЕННЫЕ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ РАЗДЕЛЕ

Я подтверждаю, что у меня на иждивении находится как минимум один ребенок, который нуждается в моем уходе, и в ходе участия в процедуре прижизненного донорства мне пришлось оплатить услуги по уходу за ребенком, которые обычно я не использую и не оплачиваю. Я понимаю, что Программа поддержки живых доноров оплатит только дополнительные услуги по уходу за детьми на моем иждивении, оказываемые другими лицами из-за того, что я занят(-а) в процедуре прижизненного донорства, и не оплатит услуги по уходу, которые я уже использовал(-а) ранее в то время, когда я обычно находилась(-лся) на работе.

Подпись живого донора: _____ Дата: _____

Я подтверждаю, что информация, представленная в данной форме, является точной и что я предоставлял(-а) услуги по уходу в указанные даты и часы.

Подпись поставщика услуг: _____ Дата: _____

ЗАВЕРЕНИЕ

Настоящим я заверяю, что указанная выше информация является правдивой, точной и достоверной и что указанные суммы потребовались и были уплачены во время участия в процедуре прижизненного донорства.

Подпись:

Дата:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ИЖДИВЕНЦАМИ (дети с ограниченными возможностями, совершеннолетние иждивенцы и пожилые лица)

Программа поддержки живых доноров может возместить расходы на услуги по уходу за иждивенцами, который обычно осуществляет живой донор, но эти услуги потребовались в связи с тем, что он не смог осуществлять уход из-за участия в процедуре прижизненного донорства. Это не относится к услугам по уходу за иждивенцами, которые уже использовались до этого. Для возмещения расходов на услуги по уходу за детьми предусмотрены разные формы, тарифы и процедуры возмещения. Убедитесь, что вы выбрали надлежащую форму.

**Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк
Форма возмещения расходов НА УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ, СОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ИЖДИВЕНЦЕМ И ПОЖИЛЫМ ЛИЦОМ**

Имя и фамилия лица, получающего уход	Дата рождения
Имя и фамилия поставщика услуг по уходу за иждивенцем	Кем поставщик услуг приходится ребенку (детям)

Программа поддержки живых доноров установила максимальные тарифы для возмещения расходов на услуги по уходу за ребенком с ограниченными возможностями, совершеннолетним иждивенцем и (или) пожилым лицом.

Укажите дату (дд/мм/гггг) и количество часов, в течение которых в этот день требовался уход за совершеннолетним иждивенцем/пожилым лицом:

Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:
Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:	Дата:
Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:	Кол-во часов:

Если вы подаете заявление на возмещение расходов на услуги по уходу за ребенком с ограниченными возможностями или совершеннолетним иждивенцем, приложите документы, подтверждающие соответствующие критериям диагноза и заверенные поставщиками медицинских услуг, имеющими надлежащие полномочия для постановки такого диагноза и выдачи подтверждающих документов.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПРОЧИТАЕТЕ ПРИВЕДЕННЫЕ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ РАЗДЕЛЕ

Я подтверждаю, что у меня на иждивении находится как минимум одно совершеннолетнее/пожилое лицо, которое нуждается в моем уходе, и в ходе участия в процедуре прижизненного донорства мне пришлось оплатить услуги по уходу за этим лицом, которые обычно я не использую и не оплачиваю. Я понимаю, что Программа поддержки живых доноров не оплатит услуги по уходу за лицами на моем иждивении, которые я уже использовал(-а) ранее в то время, когда я обычно находилась(-лся) на работе.

Подпись живого донора: _____ Дата: _____

Я подтверждаю, что информация, представленная в данной форме, является точной и что я предоставлял(-а) услуги по уходу за совершеннолетним иждивенцем/пожилым лицом в указанные даты и часы.

Подпись поставщика услуг: _____ Дата: _____

ЗАВЕРЕНИЕ

Настоящим я заверяю, что указанная выше информация является правдивой, точной и достоверной и что указанные суммы потребовались и были уплачены во время участия в процедуре прижизненного донорства.

Подпись:

Дата:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

РАСХОДЫ ЖИВОГО ДОНОРА НА ПРОЕЗД (проживание, транспорт, питание)

Управление общих служб США (U.S. General Services Administration, GSA) установило тарифы для обоснованного возмещения расходов на проезд. Возмещение расходов осуществляется в соответствии с тарифами, установленными GSA для данного региона и года, в котором проводится процедура донорства органов. Обратите внимание, что тарифы GSA представляют собой максимальную сумму, которую может возместить программа. Однако, если согласно предоставленным квитанциям расходы были ниже тарифов GSA, донор получит возмещение в соответствии с суммой, указанной в квитанции. Форма включает отдельные разделы для расходов на проживание, питание и проезд на транспорте. Информацию об актуальных тарифах GSA можно найти на веб-сайте www.gsa.gov/travel. Укажите регионы, в которых потребовался проезд, расходы на который вы просите возместить. В каждом разделе представлены инструкции о том, какие дополнительные квитанции необходимо приложить.

ПРОЖИВАНИЕ

Укажите ниже даты, когда вы понесли расходы на проживание (с ночевкой), которые вы хотите возместить, а также к какой фазе процедуры прижизненного донорства они относятся. Приложите все квитанции, подтверждающие расходы на проживание.

***Примечание.** Чтобы иметь право на возмещение расходов на проживание, живой донор должен проживать не менее чем в 120 км (75 милях) от трансплантационного центра в соответствии с требованиями программы.

Гостиница	Оценка	Операция и восстановление	Последующее наблюдение
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-

ПИТАНИЕ

Укажите ниже даты, когда вы понесли расходы на питание, которые вы хотите возместить, а также к какой фазе процедуры прижизненного донорства они относятся. В соответствии с политикой программы расходы на питание могут быть возмещены живому донору только вместе с расходами на проживание. Квитанции, подтверждающие расходы на питание, не требуются.

Питание	Оценка	Операция и восстановление	Последующее наблюдение
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-

ТРАНСПОРТ

При заполнении данного раздела в столбцах с указанием исходной и конечной точек предоставьте описание и адрес. Описание может включать следующее: «гостиница», «дом», «трансплантационный центр» и т. д. Заполните таблицу для каждой поездки (в одну сторону). Пример см. ниже. Приложите любые билеты, квитанции и другие документы, подтверждающие расходы на проезд.

Дата	Вид транспорта	Километры (мили)	Исходная точка	Конечная точка
ПРИМЕР 01/01/2025	Личный автомобиль	241 км (150 миль)	Дом 75 Something St Anywhere, NY 12345	Трансплантационный центр Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

РАСХОДЫ НА ПРОЕЗД ДЛЯ ПОМОЩНИКА

Программа поддержки живых доноров штата Нью-Йорк может возместить расходы на проезд для одного помощника на каждую поездку в трансплантационный центр. Помощник получит возмещение расходов согласно фиксированному тарифу 100 долларов за сутки в общей сложности не более чем за 20 дней для всех фаз процедуры прижизненного донорства.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОМОЩНИКЕ

Имя помощника	Фамилия	Кем приходится донору

Укажите, в течение скольких дней вас сопровождал помощник, а также в какие даты.

Количество дней, когда оказывалась помощь: _____ Дата(-ы): _____ - _____

ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫ ПРОЧИТАЕТЕ ПРИВЕДЕННЫЕ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИСЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ РАЗДЕЛЕ

Я подтверждаю, что указанный помощник сопровождал меня в трансплантационный центр в указанные даты.

Подпись живого донора:

Дата:

Я подтверждаю, что я сопровождал(-а) живого донора в трансплантационный центр и понес(-ла) личные расходы в указанные даты.

Подпись помощника:

Дата:

ЗАВЕРЕНИЕ

Настоящим я заверяю, что указанная выше информация является правдивой, точной и достоверной и что указанные суммы потребовались и были уплачены во время участия в процедуре прижизненного донорства.

Подпись:

Дата:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #: _____

Applicant #: _____

ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

Чтобы подать заявление на возмещение заработной платы, вы должны были предоставить необходимые квитанции о начислении заработной платы, форму W-2/1099 и форму подтверждения от работодателя. Прежде чем подать заявление в Программу поддержки живых доноров, вы должны обратиться за возмещением к доступным вам сторонним плательщикам. Некоторые примеры включают отпуск в связи с временной нетрудоспособностью или другие программы работодателя, по которым можно получить оплачиваемый отгул (отпуск), помимо стандартных случаев.

Программа поддержки живых доноров может возместить потерянную заработную плату за период в общей сложности до 4 недель, за исключением особых обстоятельств, подтвержденных вашим поставщиком медицинских услуг, например, если донор выполняет физически тяжелую работу. При наличии особых обстоятельств программа может возместить живому донору потерянную заработную плату за период в общей сложности до 8 недель. Приложите документы от поставщика медицинских услуг, подтверждающие особые обстоятельства, в связи с которыми вам требуется перерыв в работе более чем на 4 недели. Политика программы ограничивает период возмещения потерянной заработной платы до 2 дней в рамках фазы оценки и до 1 дня за каждый визит к врачу в рамках фазы последующего наблюдения.

ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ЖИВЫХ ДОНОРОВ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

Форма возмещения заработной платы

Укажите, какие сторонние плательщики вам доступны. Сюда могут входить выплаты от работодателя, страховой полис реципиента и другие источники: _____

Вы пытались получить возмещение из этих источников? _____

Вы получали возмещение из этих источников? _____

Если вы ответили «Да», укажите возмещение каких расходов вы получили и в каком размере.

*При использовании сторонних плательщиков приложите документы, подтверждающие этот запрос на возмещение. Документы должны включать четкое описание источника оплаты и подтверждение возмещения. Программа может также потребовать предоставить дополнительные документы, если что-то будет неясно, и это может продлить время ожидания возмещения от Программы поддержки живых доноров.

Время отсутствия на работе

1. Как долго вы отсутствовали на работе? _____

2. Как долго вы планируете отсутствовать на работе? _____

3. Есть ли у вас документ, подтверждающий, что ваша работа позволяет получить возмещение за период до 8 недель в особых обстоятельствах? _____

Укажите все даты (дд/мм/гггг) и рабочие часы, за которые вы хотите получить возмещение:

Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____
Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____
Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____
Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____	Дата: _____ Кол-во часов: _____

Общее количество часов в данном запросе: _____

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

Настоящим я заверяю, что указанная выше информация является правдивой, точной и достоверной и что указанные суммы потребовались и были уплачены во время участия в процедуре прижизненного донорства.

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

