

每次申请报销时，请填写此报销申请表，并附上您所申请报销类型的相应表格。

活体器官捐献者名字	姓氏	出生日期

移植中心： _____

申请人编号 (审核资格时授予的编号)： _____

本次报销申请涉及活体捐献流程的哪个阶段？ (如适用多个阶段请勾选)

评估/术前检查

手术/康复

手术日期： _____

后续随访

就诊日期 (月月/日日/年年年年)： _____

申请该阶段报销时，请说明评估结果 (如已知)：

移植中心批准我进行手术

移植中心未批准我进行手术

其他，请解释： _____

请告诉我们有关您的费用开支。在审核您提交的申请时，为完成全面评估，请务必同时提供由移植中心开具的详细费用收据及就诊预约证明

本次报销申请涉及哪些费用？ (勾选所有适用项)

受抚养人照护费用报销

工资损失或时间损失成本

未获报销的医疗护理及/或药品费用

本人旅行/住宿开支报销

陪同人员费用报销

若当前申请费用不涉及以下所列类型，请跳过对应报销栏目。

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

儿童保育

活体器官捐献者支持计划（Living Donor Support Program）仅报销捐献者因捐献过程无法亲自照护子女，而需支付他人代为照护所产生的托儿费用。本活体器官捐献者支持计划不报销活体捐献流程启动前已存在的第三方托育服务费用。残障儿童、受抚养成人及老年人护理另有专门的表格，因其费率与报销标准不同。请务必选择对应表格。

纽约州活体器官捐献者支持计划儿童保育报销表格

接受照护的个人姓名	出生日期
受抚养人照护提供者姓名	提供者与孩子的关系

活体器官捐献者支持计划设定了儿童保育的最高报销标准。若涉及为两名或以上儿童提供陪护服务，相关费用的报销将统一按照“2岁以下儿童（Under 2 category）”类别的标准执行。

请注明托儿服务的日期（月月/日日/年年年年）及当日服务时长：

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

阅读以下声明后，请在指定区域签署姓名并注明日期

本人声明：我至少有一名需要我照护的受抚养子女，因参与活体捐献过程，我不得不支付平时无需承担的托儿费用。本人理解活体器官捐献者支持计划仅承担因活体捐献过程对我造成影响而产生的额外托儿费用，不包括例如我在正常工作期间已存在的子女托管服务。

活体器官捐献者签名：_____ 日期：_____

本人声明，本表所填信息真实准确，且所记录日期与时段内的托儿服务在此之前均由本人亲自提供。

提供者签名：_____ 日期：_____

認證

本人特此声明上述内容真实无误，所申报金额确系活体捐献过程中必需且实际发生的费用。

签名：

日期：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

受抚养人照护（残障儿童、受抚养成年人、老年人护理）

活体器官捐献者支持计划可报销本应由活体器官捐献者承担、但因捐献过程无法履行的受抚养人照护费用。此项不涵盖已存在的依赖照护服务。残障儿童照护需使用专用表格，因其费率及报销标准存在差异。请确保正确选择对应表格。

**纽约州活体器官捐献者支持计划
残障儿童/受抚养成年人/老年人护理报销表格**

接受照护的个人姓名	出生日期
受抚养人照护提供者姓名	提供者与孩子的关系

活体器官捐献者支持计划已设定残障儿童、受抚养成人及/或老年人护理的最高报销标准。

请注明提供受抚养成人/老年人照护服务的日期（月月/日日/年年年年）及当日服务时长：

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：

**若申请残障儿童或受抚养成人照护服务报销，须附具备相应资质的
医疗服务提供者出具的合格诊断证明及相关文件。**

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

阅读以下声明后，请在指定区域签署姓名并注明日期：

本人声明：我至少有一名依赖本人照护的受抚养成年人或老年人，因参与活体捐献过程，我不得不支付平时无需承担的照护费用。本人理解活体器官捐献者支持计划不会支付受抚养人已有的照护费用（如本人正常工作期间其已接受的照护服务）。

活体器官捐献者签名：_____ 日期：_____

本人声明，本表所填信息真实准确，且所记录日期与时段内的成年/老年受抚养者照护服务在此之前由本人亲自提供。

提供者签名：_____ 日期：_____

認證

本人特此声明上述内容真实无误，所申报金额确系活体捐献过程中必需且实际发生的费用。

签名：

日期：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

活体器官捐献者旅行开支（住宿、交通、餐食）

旅行开支报销标准参照美国总务管理局（U.S. General Services Administration, GSA）费率制定。报销金额将依据器官捐献发生地及当年的 GSA 标准核定。请注意：GSA 标准为本项目最高报销限额，若实际收据金额低于该标准，则按收据金额予以报销。本表设有住宿、餐食及交通专项栏目。当前的 GSA 费率请查看：www.gsa.gov/travel。请填写您申请报销的旅行项目。每一部分都将说明需要附上相关费用凭证。

住宿

请在下文注明您所申请报销住宿费的活体捐献流程日期及阶段。附上所有住宿费用相关收据

* 注意：活体器官捐献者须居住在距离移植中心单程 75 英里（约 120 公里）以外区域（以项目规定为准），方可申请住宿费报销。

酒店	评估	手术和康复	后续随访
	至	至	至
	至	至	至
	至	至	至

餐食

请在下文注明您所申请报销餐费的活体捐献流程日期及阶段。根据项目政策，仅当活体器官捐献者需住宿时方可报销餐费。无需提供餐食收据。

餐食	评估	手术和康复	后续随访
	至	至	至
	至	至	至
	至	至	至

交通

填写本部分时，请在起始地点和终点地点处注明地点说明及具体地址。地点说明可为酒店、住所、移植中心等。请按每次行程填写（往返行程无需重复）。请参阅以下示例。请附上所有票据、收据或旅行证明。

日期	交通方式	英里	起始地点	结束地点
01/01/2025	私家车	150	住家 75 Something St Anywhere, NY 12345	移植中心 Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

陪同人员旅行开支

根据纽约州活体器官捐献者支持计划的规定，每次前往移植中心，可为一位陪同人员的相关费用提供报销。陪同人员按每日 100 美元固定标准报销，整个活体捐献过程中累计最多可报销 20 天。

陪同人员信息

陪同人员名字	姓氏	與捐獻者的關係

请注明陪同人员陪同天数及提供支持的具体日期。

陪同天数：_____ 日期：_____ 至 _____

阅读以下声明后，请在指定区域签署姓名并注明日期

本人证明：所列陪同人员在指定日期亲自陪同本人前往移植中心。

活体器官捐献者签名：

日期：

本人证明：本人在指定日期亲自陪同活体器官捐献者前往移植中心，并产生个人开支。

陪同人员签名：

日期：

認證

本人特此声明上述内容真实无误，所申报金额确系活体捐献过程中必需且实际发生的费用。

签名：

日期：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #: _____

Applicant #: _____

工资报销

申请工资报销前，您必须已提交所需工资单、W-2/1099 税表及雇主证明文件。在向活体器官捐献者支持计划提出申请前，您须优先使用可用的第三方报销渠道。这可以包括短期伤残保险，或是雇主提供的、超出您常规假期的特殊休假累积等。

活体器官捐献者支持计划可报销最多 4 周的工资损失，除非医疗提供者认定存在特殊情况，如捐献者从事体力消耗型工作。经特殊情况书面证明后，该计划可将活体器官捐献者工资损失报销期限延长至最多 8 周。请附上医疗服务提供者出具的证明文件，说明导致需停工超过4周的特殊情况。项目政策规定：评估阶段误工费报销上限为2天；后续随访阶段每次门诊就诊仅报销 1 天误工费。

**纽约州活体器官捐献者支持计划
工资报销表格**

请说明您可使用的第三方报销方。这可能包括雇主福利、受益人保险或其他来源： _____

您是否曾向这些来源申请过报销？ _____

您是否已从这些来源获得报销？ _____

若已获得报销，请说明报销项目及金额？

*如您使用任何第三方报销方，请将相关证明文件附于本报销申请。证明文件应包含报销方来源的清晰说明及报销凭证。若所提供材料不够明确，本项目可能要求补充文件，这可能延长活体器官捐献者支持计划的报销等待时间。

停工时间

1.您停工多久了？ _____

2.预计停工时长是？ _____

3.您是否持有证明文件，表明您的工作符合特殊考量，可获得最长 8 周的工资报销？ _____

请注明您申请报销的所有日期（月月/日日/年年年年）及工作时长：

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：
日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：	日期： 时长（小时）：

本次请求的总时长： _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

認證

本人特此声明上述内容真实无误，所申报金额确系活体捐献过程中必需且实际发生的费用。

签名:

日期:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

