



## FORMULARIO DEL DONANTE 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

El Centro Nacional de Ayuda al Donante en Vida (NLDAC) es un programa que ayuda a los posibles donantes en vida de órgano, pagando sus viajes, sueldo perdido y gastos de cuidado de niños o adultos mayores. El donante y el receptor deben completar los formularios, adjuntar una copia de un documento que verifique su ingreso familiar (boleta de pago, W2, declaración de impuestos, beneficios de Seguro Social, etc.) y entregarlos al coordinador o asistente social del donante en el hospital. Esta persona presentará la solicitud en su nombre. Los donantes que solicitan reembolso de su sueldo perdido también deben completar un formulario W-9 y dos boletas de pago. No envíe este formulario directamente a NLDAC. Se necesitan al menos 15 días laborables para procesar una solicitud. La solicitud se debe aprobar antes de la cirugía, y NLDAC no puede reembolsar gastos incurridos antes de la aprobación de la solicitud. Para más información sobre el programa, no dude en llamarnos al (888) 870-5002.

### ¿Qué tipo de ayuda desea recibir de NLDAC?

Reembolso de gastos de viaje     Reembolso de sueldo perdido     Reembolso de cuidado de niños o adultos mayores

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

*Importante: Escriba su nombre y apellido igual que en su tarjeta de Seguro Social*

Sexo	Raza	Identidad étnica	Estado civil	Educación
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Hawaiana o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Post-secundaria/técnica <input type="checkbox"/> Clases universitarias <input type="checkbox"/> Licenciatura (bachelor's) <input type="checkbox"/> Profesional/post-college
Estado laboral		Órgano	Favor responder:	
<input type="checkbox"/> Empleado jornada completa <input type="checkbox"/> Empleado jornada parcial <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado/a	<input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Útero	¿Es ciudadano americano o residente legal?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha firmado la declaración? (ver página 5)    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El programa de NLDAC hará posible que yo pueda donar mi órgano.    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es trabajador autónomo?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Relación con el receptor del órgano			
Yo soy el/la <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermana <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hija <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> del receptor del órgano			
Si su relación es otra, por favor indicarla:			
TIPO DE RELACION: <input type="checkbox"/> Sanguínea <input type="checkbox"/> No sanguínea <input type="checkbox"/> No tengo relación familiar con el receptor del órgano			
Dirección <input type="checkbox"/> Marque aquí si donante y receptor viven en la misma casa			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Suburbio <input type="checkbox"/> Rural Si vive en una zona rural, ¿cuál es la población?			
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Email:	
<i>Si su solicitud es aprobada, le enviaremos la carta de aprobación a su email.</i>			
¿Enviar reembolso a la dirección o residencia principal?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, proporcione otra dirección alternativa:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:

INFORMACION DE INGRESOS: <i>Sume los ingresos de todos los miembros de su hogar que trabajen.</i>	
Ingreso familiar anual:    \$	# Personas en su hogar:
Indique el documento que verifica su ingreso familiar y entregue una copia al profesional del hospital.	
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del año más reciente – <b>(use el ingreso bruto ajustado)</b> <input type="checkbox"/> Boletas de pago <b>(use el ingreso bruto)</b> <input type="checkbox"/> W2 <b>(use el ingreso bruto)</b> <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno (HUD, WIC, SNAP)	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Carta de beneficios de Seguro Social <input type="checkbox"/> Otro documento (beneficio de desempleo, etc.)



## FORMULARIO DEL DONANTE 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

### PETICION DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO (opcional)

**Instrucciones:** Para pedir el reembolso del sueldo perdido a raíz de su donación, completar los pasos 1, 2 y 3 abajo. Esta sección es opcional y puede dejarla en blanco si solo quiere ayuda con sus gastos de viaje o cuidado de niños o adultos mayores. NLDAC usará sus boletas de pago o su declaración de la renta con Schedule C para calcular su reembolso de sueldo. NLDAC solo puede reembolsar sueldo documentado. Puede llamar al 888-870-5002 si tiene dudas o si quiere ayuda en identificar el documento adecuado.

Paso 1: Completar esta página

Paso 2: Completar y firmar el Formulario W-9 del IRS

Paso 3: Adjuntar documentación de su sueldo

Si usted es empleado, adjuntar sus últimas dos boletas de pago.

Si usted es trabajador autónomo o contratista, adjuntar Schedule C o Formulario 1099.

Declaro que la información que daré abajo es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Declaro que estoy trabajando actualmente y creo que voy a perder sueldo cuando falte al trabajo para mi recuperación después de la donación, y/o para mi evaluación y citas de seguimiento. Entiendo que debo informar a NLDAC si dejo de trabajar, y entregar nuevas boletas de pago si mi sueldo cambia.

1. ¿Cuándo le pagan su sueldo?

Cada semana

Cada dos semanas

Dos veces al mes

Una vez al mes

De manera irregular/otro. Favor de explicar: \_\_\_\_\_

2. ¿Piensa usar un seguro de discapacidad a corto plazo, días de vacaciones o licencia médica para pagar parte de su tiempo sin trabajar relacionado a su donación de órgano? Si su respuesta es sí, favor de explicar.

No

Sí: \_\_\_\_\_

Nota: Si tiene tiempo libre pagado (como días de vacaciones o licencia médica), le podría convenir tomarlo para que NLDAC pueda pagar más de sus gastos de viaje, pero NLDAC no exige que los donantes agoten su tiempo libre pagado antes de pedir reembolso de su sueldo perdido. Si tiene tiempo libre pagado y decide no tomarlo, tendrá que informar a su empleador de esta decisión.

3. ¿En cuáles viajes quiere que NLDAC reembolse su sueldo perdido? Solo indicar viajes futuros.

Evaluación (hasta 3 días)

Cirugía y recuperación (hasta 4 semanas)

Citas de seguimiento (hasta 2 semanas)

4. Del reembolso máximo que NLDAC puede otorgar (\$6,000 para viajes, sueldo perdido y cuidado de niños o adultos mayores), ¿cuánto quiere reservar para el reembolso de su sueldo perdido? NLDAC puede reembolsar hasta 4 semanas de sueldo perdido para su cirugía y recuperación. \$\_\_\_\_\_.

Otros comentarios (opcional): \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DEL DONANTE 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

### PETICION DE REEMBOLSO PARA CUIDADO DE NIÑOS O ADULTOS MAYORES (opcional)

**Instrucciones:** Esta sección es opcional y puede dejarla en blanco si no necesita este tipo de ayuda. Para solicitar el reembolso de sus gastos relacionados al cuidado de niños o adultos mayores provocados por su donación, leer las siguientes afirmaciones con atención, marcar las casillas para indicar que está de acuerdo y contestar las preguntas 1 – 7. Puede llamar a NLDAC al 888-870-5002 si tiene cualquier duda.

- Declaro que la información que daré abajo es verdadera y completa según mi leal saber y entender.  
 Declaro que hay al menos una persona (niño, adulto discapacitado, o adulto mayor) que depende de mí para su cuidado, y a causa de mi donación de un órgano tendré gastos no habituales relacionados al cuidado de esta(s) persona(s). Entiendo que NLDAC no puede reembolsar mis gastos de cuidado habituales, como cuidado durante mi horario de trabajo.

1. ¿Cuántos niños (de entre 0 y 17 años) necesitarán cuidado a causa de su donación? \_\_\_\_\_
2. ¿En cuáles viajes quiere que NLDAC reembolse sus gastos de **cuidado de niños**? Puede elegir más de uno:
  - Evaluación (hasta 3 días)
  - Cirugía y recuperación (hasta 4 semanas)
  - Citas de seguimiento (hasta 2 semanas)
3. ¿Cuántos adultos discapacitados (de 18 – 64 años) o adultos mayores (de 65 años o más) necesitarán cuidado a causa de su donación? \_\_\_\_\_
4. ¿En cuáles viajes quiere que NLDAC reembolse sus gastos de **cuidado de adultos** discapacitados o mayores? Puede elegir más de uno:
  - Evaluación (hasta 3 días)
  - Cirugía y recuperación (hasta 4 semanas)
  - Citas de seguimiento (hasta 2 semanas)
5. Indicar los niños, adultos discapacitados o adultos mayores cuyo cuidado usted deberá pagar:

Nombre	Relación (esta persona es mi...)	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. ¿Cuándo necesitarán cuidado a causa de su donación? Puede elegir más de uno:
  - Durante el día, de lunes a viernes
  - Por la tarde y/o fines de semana
  - De manera irregular \_\_\_\_\_
7. Del reembolso máximo que NLDAC puede otorgar (\$6,000 para viajes, sueldo perdido y cuidado de niños o adultos), ¿cuánto quiere reservar para el cuidado de niños o adultos)? \$\_\_\_\_\_

Otros comentarios (opcional): \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DEL DONANTE 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

### PETICION DE REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE (opcional)

**Instrucciones:** Para pedir ayuda con sus futuros gastos de viaje, completar esta página. Esta sección es opcional y puede dejarla en blanco si solo quiere ayuda con su sueldo perdido y/o gastos de cuidado de niños o adultos mayores.

### Acompañante(s)

*El donante puede llevar a un acompañante en dos viajes al hospital, o a dos acompañantes en un viaje.*

Primer acompañante				Segundo acompañante			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección es la misma del donante				<input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección es la misma del donante			
Nombre:		Apellido:		Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Teléfono:		Fecha de nacimiento:		Teléfono:	
Dirección:				Dirección:			
Ciudad:		Estado:		Zip:			
Viajes(s) <input type="checkbox"/> Evaluación		<input type="checkbox"/> Cirugía		Viajes(s) <input type="checkbox"/> Evaluación		<input type="checkbox"/> Cirugía	
<input type="checkbox"/> Evaluación & cirugía		<input type="checkbox"/> Cirugía & seguimiento		<input type="checkbox"/> Evaluación & cirugía		<input type="checkbox"/> Cirugía & seguimiento	
<input type="checkbox"/> Evaluación & seguimiento		<input type="checkbox"/> Seguimiento		<input type="checkbox"/> Evaluación & seguimiento		<input type="checkbox"/> Seguimiento	

### Estimado de Gastos de Viaje

VIAJES	EVALUACIÓN	CIRUGÍA	SEGUIMIENTO
<b>GASTOS DE HOTEL</b>	<i>Hasta 2 noches</i>	<i>Hasta 14 noches</i>	<i>Hasta 1 noche</i>
¿El donante necesitará alojamiento en hotel? Sí/no			
Si su respuesta es sí, ¿cuántas noches necesitará?			
¿Su acompañante necesitará un cuarto separado? Sí/no			
Si su respuesta es sí, ¿cuántas noches necesitará?			
<b>GASTOS DE ALIMENTOS: COMPLETE SOLO SI NO SE PIDE HOTEL</b>	<i>Hasta 2 días</i>	<i>Hasta 14 días</i>	<i>Hasta 1 día</i>
¿Cuántos días estarán el donante y acompañante lejos de su casa?			
<b>GASTOS DE TRANSPORTE</b>			
¿Cómo viajará el donante? <i>Avión, carro, autobús, tren</i>			
Si viaja en su carro, ¿qué distancia en millas manejará? <i>(ida y vuelta)</i>			
¿Cómo viajará el acompañante? <i>Avión, carro, autobús, tren</i>			
Si viaja en otro carro, ¿cuántas millas manejará <i>(ida y vuelta)</i> ?			
¿Necesitará el donante rentar un carro? Sí/no			
- ¿Por cuántos días?			
¿Cuántos días de estacionamiento necesitará?			
Costo estimado del estacionamiento en hospital			
Costo estimado de peajes (tolls)			
Costo estimado para taxi/shuttle/Uber			

**NOTA: NLDAC puede aprobar viajes adicionales para el donante en caso de complicación médica o motivos de salud**

**Información adicional sobre su viaje para nuestra consideración:**



## FORMULARIO DEL DONANTE 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

### DECLARACION DEL DONANTE

*Profesionales del centro de trasplante: favor mantener este documento en el archivo médico del paciente.*

**Instrucciones:** Escribir su nombre en el espacio en blanco al principio, leer las declaraciones, hacer un tic en cada caja y firmar.

Yo, \_\_\_\_\_, candidato/a para donar un órgano en vida, he proporcionado en forma veraz toda la información solicitada en el formulario de reembolso para viaje y subsistencia para la donación de órgano en vida.

- El personal del Centro de trasplante me ha explicado el significado del término “a título oneroso” y, a mi entender, estoy en pleno cumplimiento de la Sección 301de NOTA (42 U.S.C. §274e) que dispone, en parte, que es ilegal que una persona a sabiendas obtenga, reciba o transfiera un órgano humano a título oneroso para ser usado en trasplante humano si esta transferencia infringe el comercio inter-estatal.
- Mi decisión de donar un órgano no ha sido motivada por el intercambio de algún valor monetario.
- No tengo otra información que indique que un valor oneroso (monetario) ha sido intercambiado en conexión con este procedimiento de donación.
- Entiendo que NLDAC, de acuerdo con la ley Federal, no puede proporcionar reembolso a ningún donante de órgano en vida para viaje y otros gastos elegibles si el donante puede recibir reembolso por estos gastos de una de las siguientes fuentes: (1) Programas de compensación del estado, póliza de seguro, o un programa de beneficios de salud Federal o estatal; (2) una entidad que proporcione servicios de salud basada en pre-pagos; o (3) el receptor del órgano.
- Doy consentimiento para que el centro de trasplantes dé mi información al Centro Nacional de Ayuda al Donante en Vida.
- Entiendo que el reembolso puede ser sujeto a declaración de impuestos federales o estatales. Es mi responsabilidad contactar a un consultor de impuestos para determinar mi obligación tributaria. Ni NLDAC ni otras entidades que proveen reembolso son responsables por pago de impuestos que se deriven del programa de reembolso.
- Si esta solicitud es aprobada, no solicitaré reembolso de estos gastos de ninguna otra organización (por ejemplo, National Kidney Registry, Alliance for Paired Donation, Georgia Transplant Foundation, etc.).
- (solo para donantes cuyo receptor tiene seguro de UnitedHealthcare) Doy consentimiento para que NLDAC comparta esta información con otras entidades, incluyendo la compañía de seguro de salud del receptor para revisar y eventualmente reembolsar gastos de viaje y otros gastos aprobados. La compañía de seguro sólo usará o proveerá esta información de conformidad con la respectiva legislación.

Al firmar este formulario, declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he proporcionado es veraz, correcta y completa. Además, entiendo que las leyes Federales y Estatales pueden otorgar multas, penas de prisión o rechazar la solicitud de asistencia de reembolso para viaje y subsistencia si no digo la verdad al llenar la solicitud de asistencia dentro del programa de reembolso al donante, o si oculto y no revelo hechos o pruebas relacionadas con la información suministrada en la solicitud.

Firma del donante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de profesional del centro de trasplante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





## FORMULARIO DEL RECEPTOR 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

### DECLARACION DEL RECEPTOR

*Profesionales del centro de trasplante: favor mantener este documento en el archivo médico del paciente.*

**Instrucciones:** Escribir su nombre en el espacio en blanco al principio, leer las declaraciones, hacer un tic en cada caja y firmar.

Yo, \_\_\_\_\_, como potencial receptor de órgano, he proporcionado en forma veraz y completa toda la información requerida en la hoja de trabajo de la solicitud de reembolso de gastos de viaje y subsistencia para la donación de órgano en vida.

- El personal del centro de trasplante me ha explicado el significado del término “a título oneroso” y, a mi entender, estoy en pleno cumplimiento de la Sección 301 de NOTA (42 U.S.C. §274e) que dispone, en parte, que es ilegal que una persona a sabiendas obtenga, reciba o transfiera un órgano humano a título oneroso para ser usado en trasplante humano si esta transferencia infringe el comercio inter-estatal.
- Mi decisión de realizar un trasplante de órgano no es motivada por el intercambio de algún valor monetario.
- No tengo ninguna otra información que indique que algún valor oneroso (monetario) ha sido intercambiado en conexión con este procedimiento de donación.
- Entiendo que NLDAC, de conformidad con la ley Federal, no puede proporcionar reembolso a ningún donante de órgano en vida para viaje y otros gastos elegibles si el donante puede recibir reembolso de estos gastos de una de las siguientes fuentes: (1) Programas de compensación del estado, póliza de seguro, o un programa de beneficios de salud federal o estatal; (2) una entidad que proporcione servicios de salud basada en pre-pagos; o (3) el receptor del órgano. Doy consentimiento para que el centro de trasplante proporcione mi información a NLDAC.
- Doy consentimiento para que el centro de trasplantes dé mi información al Centro Nacional de Ayuda al Donante en Vida.
- (solo para receptores con seguro de UnitedHealthcare) Doy consentimiento a NLDAC para que proporcione la información contenida en esta solicitud a otras entidades, incluyendo mi compañía de seguros, para revisión y eventual reembolso de gastos de viaje y otros gastos elegibles de mi donante. La compañía de seguro deberá usar o proporcionar esta información conforme a la legislación aplicable.

Al firmar este documento, declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he proporcionado es veraz, correcta y completa. En adición, entiendo que las leyes federales y estatales pueden otorgar multas, penas de prisión o rechazar la solicitud de asistencia de reembolso para viaje y subsistencia si no digo la verdad al llenar la solicitud de asistencia del programa de reembolso al donante, o si oculto y no revelo hechos o pruebas relacionadas con la información suministrada en la solicitud.

Firma del receptor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Profesional del centro de trasplante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DEL RECEPTOR 2021 PROGRAMA DE REEMBOLSOS PARA DONANTES EN VIDA

### DISPENSA POR DIFICULTAD FINANCIERA

**IMPORTANTE:** No complete este formulario si su ingreso familiar anual es igual o menor a lo asignado en la guía.

Límite de Ingreso Familiar del Receptor Guía Federal de Pobreza (GFP) 2021 al 350%			
Personas en el hogar	48 estados vecinos y DC	Alaska	Hawái
1	\$45,080	\$56,315	\$51,870
2	\$60,970	\$76,195	\$70,140
3	\$76,860	\$96,075	\$88,410
4	\$92,750	\$115,955	\$106,680
5	\$108,640	\$135,835	\$124,950
6	\$124,530	\$155,715	\$143,220
7	\$140,420	\$175,595	\$161,490
8	\$156,310	\$195,475	\$179,760

**Explicación:** La ley Federal no permite que NLDAC pague los gastos del donante si el receptor tiene la capacidad de pagarlos. Si su ingreso familiar está por encima de la Guía Federal, pero le sería difícil pagar los gastos de su donante, puede pedir una dispensa por dificultad financiera. La dispensa solo se puede aprobar si el receptor demuestra gastos médicos pagados de su bolsillo que equivalen a o superan la diferencia entre su ingreso familiar y el ingreso familiar permitido. Por ejemplo, si su ingreso familiar supera la Guía en \$5,000, tendrá que demostrar \$5,000 en gastos anuales relacionados a su salud para que la solicitud del donante sea aprobada.

Indique el monto de los gastos familiares indicados abajo (pagados o por pagarse con su propio dinero) antes y después del trasplante. NLDAC calculará sus gastos anuales basados en esta información. Gastos de subsistencia como renta/hipoteca, carro, comida, etc. no deben ser incluidos. Si tiene alguna pregunta no dude en llamarnos al 888-870-5002.

Nombre: .....	Apellido: .....
Teléfono: .....	

*(El personal de NLDAC le llamará para clarificar o solicitar mayor información)*

1.	\$	Pago mensual de <b>prima de seguro</b> con fondos personales ( <i>médico, dental, visión</i> )
2.	\$	Pagos mensuales de <b>farmacia antes del trasplante</b> con fondos personales
3.	\$	Pagos mensuales de <b>farmacia después del trasplante</b> con fondos personales ( <i>Estimados por centro de trasplante</i> )
4.	\$	Pagos mensuales por atención del <b>médico</b> con fondos personales
5.	\$	Otros copagos con fondos personales por <b>servicios médicos y/o de laboratorio</b> no mencionados arriba
6.	\$	Total de pagos por concepto de hospital/médicos <b>no cubiertos por el seguro</b> (no mensual)
7.	\$	Pérdida de ingresos debido a cirugía (no incluir permisos pagados/pago por discapacidad) * <b>Describir abajo</b>
8.	<i>Mi</i>	Número de <b>millas</b> mensuales recorridas para citas médicas (pre-trasplante)
9.		¿Como viajará al centro de trasplante para la cirugía? Avión <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/>
10.	<i>Mi</i>	Si maneja, ¿cuántas millas ida y vuelta recorrerá desde su hogar al centro de trasplante?
11.	<i>Sí/No</i>	¿Necesitará alojamiento en un hotel cerca del centro de trasplante después de su cirugía?
12.		Si se alojará en hotel, ¿cuántas noches necesitará?
13.		En los primeros 3 meses después de la cirugía, ¿cuántos viajes Ud. estima que hará al centro de trasplante?
14.	\$	Pago mensual por cuidado de un miembro de la familia fuera del hogar (ej. pago de alimentos) * <b>Describir abajo</b>
15.	\$	Otros gastos – por favor describa abajo * <b>Describir abajo</b>

Favor de describir los gastos indicados en las preguntas 7, 14 y 15. Puede agregar una página adicional si desea.

\* **Comentarios:**