



## 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: <i>(El personal de NLDAC le llamará para clarificar o solicitar mayor información)</i>	

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>Si/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:**