

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO Y VIAJES PARA DONANTES

Este formulario es una solicitud conjunta para los donantes de órgano en vida que solicitan la ayuda del Centro Nacional de Ayuda al Donante en Vida (NLDAC) en concepto de reembolso de gastos de viaje y sueldo perdido.

Las páginas 2 y 3 tienen que ver con la solicitud de **reembolso de gastos de viaje**. Además de este formulario, el donante debe incluir un documento que verifica su ingreso familiar anual. El receptor también debe completar una solicitud e incluir un documento que verifica su ingreso familiar anual como parte de la solicitud del donante.

La página 4 tiene que ver con el **reembolso de sueldo perdido**. El Centro Nacional de Ayuda al Donante en Vida (NLDAC) lleva a cabo un programa piloto que reembolsa el sueldo perdido a los donantes de órgano en vida en algunos centros de trasplante. Para solicitar el reembolso del sueldo que usted pierde por su donación de órgano en vida, debe completar este Formulario de Solicitud de Sueldo Perdido. Debe además entregar un Formulario de Verificación de Sueldo, documentación de su sueldo (como talones de pago o formulario W-2) y contestar una encuesta sobre su decisión de ser donante de órgano en vida y el impacto que puede haber tenido en ella el reembolso de su sueldo perdido. Puede tomar la encuesta aquí: <https://www.livingdonorassistance.org/Resources/LostWagesDemo/Survey>. Al final de la encuesta, recibirá un código de realización que **deberá** incluir en este formulario de solicitud.

Todos los donantes deben completar y firmar la declaración en la página 5.

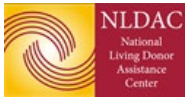
Envíe estos documentos a un trabajador social o coordinador en el centro de trasplante. El centro de trasplante presentará su solicitud a NLDAC. No envíe su solicitud a NLDAC directamente. Se necesitan al menos 15 días laborables para tramitar una solicitud. Las solicitudes deben ser aprobadas antes de la cirugía, y NLDAC no puede reembolsar gastos que se hicieron antes de la aprobación de la solicitud.

Para más información, visite www.livingdonorassistance.org o llame a NLDAC al (888) 870-5002. Si esta solicitud no se aprobara, el receptor del órgano puede ayudar económicamente al donante. Aunque la Ley Nacional de Trasplantes de Órgano prohíbe la compra y venta de órganos, permite reembolsos razonables relacionados a los gastos de viajes, alojamiento y sueldo perdido en los que incurre el donante de un órgano humano.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social/de identificación del contribuyente

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

Sexo	Raza (puede elegir más de una)	Identidad étnica	Estado civil	Educación
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático (incluye el subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco (incluye del Medio Oriente)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Casado/unión civil <input type="checkbox"/> Vive con pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Postsecundaria/técnica <input type="checkbox"/> Clases universitarias <input type="checkbox"/> Licenciatura (bachelor's) <input type="checkbox"/> Profesional/posuniversitaria
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/a	<input type="checkbox"/> Ama de casa/cuidador <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Útero	¿Participa en una cadena o intercambio renal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es donante anónimo no dirigido? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿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"/>	



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO Y VIAJES PARA DONANTES

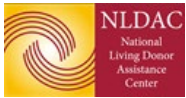
RELACION CON EL RECEPTOR DEL ORGANO			
Yo soy el/la _____ del receptor. <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro			
Si su relación es otra, favor de indicarla			
TIPO DE RELACIÓN: <input type="checkbox"/> Sanguínea <input type="checkbox"/> Familiar pero no sanguínea (por matrimonio o adopción) <input type="checkbox"/> No soy familiar del receptor del órgano			
<input type="checkbox"/> Donación anónima no dirigida			
Dirección del donante <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el donante y el receptor tienen la misma dirección			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Ubicación <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Suburbana <input type="checkbox"/> Rural			
Celular:	Otro teléfono:	Email:	
<i>La carta de aprobación de su solicitud se enviará por email.</i>			
¿Deberíamos enviar su reembolso a esa dirección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, indique otra dirección:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:

INFORMACION DE INGRESOS FAMILIARES: Sume los ingresos de todos los miembros de su hogar. El miembro de su equipo médico que entregue su solicitud a NLDAC confirmará y anotará su sueldo según la información que aparece en los documentos que usted proporciona.	
Ingreso familiar anual \$	# de personas en su hogar
Indique el documento que verifica su ingreso familiar y entregue una copia al personal del hospital.	
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del año más reciente – (use el ingreso bruto ajustado)	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Talones/boletas de pago (use el ingreso bruto)	<input type="checkbox"/> Carta de beneficios de Seguro Social
<input type="checkbox"/> W-2 (use el ingreso bruto)	<input type="checkbox"/> Otro documento (pensión, desempleo, seguro de discapacidad a corto plazo, etc.)
<input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno (HUD, WIC, SNAP)	

ACOMPAÑANTE(S)

NLDAC puede pagar dos viajes para un acompañante o un viaje para dos acompañantes.

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:	Tel:		Fecha de nacimiento:	Tel:	
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zip:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Viaje(s): <input type="checkbox"/> Solo evaluación	<input type="checkbox"/> Solo cirugía		Viaje(s): <input type="checkbox"/> Solo evaluación	<input type="checkbox"/> Solo cirugía	
<input type="checkbox"/> Evaluación y cirugía	<input type="checkbox"/> Cirugía y seguimiento		<input type="checkbox"/> Evaluación y cirugía	<input type="checkbox"/> Cirugía y seguimiento	
<input type="checkbox"/> Evaluación y seguimiento	<input type="checkbox"/> Solo seguimiento		<input type="checkbox"/> Evaluación y seguimiento	<input type="checkbox"/> Solo seguimiento	



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO Y VIAJES PARA DONANTES

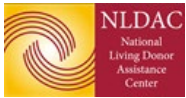
PETICION DE REEMBOLSO

VIAJES	EVALUACION	CIRUGIA	SEGUIMIENTO
GASTOS DE HOTEL	<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?			
Si su respuesta es sí, ¿cuántas noches necesitará?			
GASTOS DE ALIMENTOS: COMPLETE <u>SOLO SI NO SE PIDE HOTEL</u>	<i>Hasta 2 noches</i>	<i>Hasta 14 noches</i>	<i>Hasta 1 noche</i>
¿Cuántos días estarán nel donante y su acompañante lejos de su casa?			
GASTOS DE TRASPORTE			
¿Cómo viajará el donante? <i>Avión, carro, autobús, tren</i>			
Si viaja en su carro, ¿qué distancia en millas manejará? (ida y vuelta)			
¿Cómo viajará el acompañante? <i>Avión, carro, autobús, tren</i>			
Si viaja en otro carro, ¿cuántas millas manejará (ida y vuelta)?			
¿Necesitará el donante rentar un carro? Sí/no			
¿Por cuántos días?			
¿Cuántos días de estacionamiento necesitará?			
Precio por día del estacionamiento en el hospital	\$	\$	\$
Costo estimado de peajes (tolls)	\$	\$	\$
Costo estimado de taxi/shuttle/Uber (si piensa usarlos)	\$	\$	\$
NOTA: NLDAC puede aprobar viajes adicionales para el donante en caso de complicación médica o por motivos de salud.			
Información adicional sobre su viaje para nuestra consideración:			

CUESTIONARIO

Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir la ayuda financiera para los viajes. En cambio, nos pueden ayudar a demostrar la necesidad de seguir brindando ayuda y a mejorar nuestra asistencia a donantes en el futuro. Gracias.

- | | |
|--|---|
| El programa NLDAC hará posible que yo pueda donar mi órgano | Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> |
| El programa NLDAC aliviará mis stress y disminuirá mi preocupación | Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> |
| Esperaba que el receptor recibiera el órgano de una persona fallecida | Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> |
| Me gustaría que NLDAC pudiera ayudar a más donantes con pérdida de ingresos o vacaciones | Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> |



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO Y VIAJES PARA DONANTES

INFORMACIÓN SOBRE SU SUELDO: Favor de contestar las siguientes preguntas en preparación para una conversación con un miembro del personal de NLDAC sobre su reembolso. El miembro de su equipo médico que entregue su solicitud a NLDAC confirmará y anotará su sueldo según la información que aparece en los documentos que usted proporciona y su Formulario de Verificación de Sueldo. Si necesita ayuda, puede llamar a NLDAC al (888) 870-5002.

Según sus conversaciones con el centro de trasplante, ¿cuántas semanas de licencia/vacaciones no pagadas piensa tomar durante su recuperación?

¿Cuál es su sueldo semanal? \$

Estimado de su sueldo perdido total: \$

¿Su empleador le ofrece licencia pagada para la donación de un órgano? Sí No

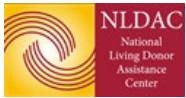
Otra información (como beneficios de discapacidad a corto plazo, vacaciones pagadas, licencia médica pagada, etc.):

Indique el documento que ha dado a su centro de trasplante como verificación de su sueldo.

- Talones de pago – use el sueldo bruto y entregue sus dos últimos talones de pago
- Formulario W-2 – use el sueldo indicado en la caja 1: “wages, tips, and other compensation”
- Declaración de impuestos federales formulario 1040 – solo podemos aceptar este formulario si usted es soltero, o si es casado pero entrega una declaración separada. Use el sueldo indicado en la línea 1: “wages, salaries, tips, etc.”
- Declaración de impuestos federales con “Schedule C” – solo para los trabajadores autónomos
- Otro

REALIZACIÓN DE ENCUESTA: Para participar en este programa, usted debe contestar una encuesta sobre su decisión de ser donante de órgano en vida y el impacto que el reembolso de su sueldo perdido puede haber tenido en su decisión. Puede tomar la encuesta aquí: <https://www.livingdonorassistance.org/Resources/LostWagesDemo/Survey>. Debe anotar el código de realización que recibe al final de la encuesta abajo. Su solicitud no se puede entregar sin el código de realización de la encuesta.

Código de realización de la encuesta:



Declaración del Donante

Profesionales del centro de trasplante – favor de guardar este formulario en el archivo médico del paciente.

Yo, _____ candidato/a para donar un órgano en vida, he proporcionado en forma veraz toda la información solicitada en el formulario de reembolso de gastos de viaje y sueldo perdido por la donación de un 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 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 conformidad con la ley Federal, no puede proporcionar reembolso a ningún donante de órgano en vida para viajes y otros gastos elegibles si el donante puede recibir reembolso de estos gastos de una de las siguientes fuentes: (1) Programas de compensación estatales, 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 dé mi información al Centro Nacional de Ayuda al Donante en Vida.
- Entiendo que el reembolso de mi sueldo quedará registrado como ingresos sujetos a impuestos federales y/o estatales. Yo soy responsable de consultar a un asesor tributario calificado para determinar los impuestos que debo pagar. Ni NLDAC ni otras entidades que dan reembolso son responsables de las consecuencias tributarias del programa de reembolso de sueldo perdido.
- Entiendo que esta solicitud pide el reembolso de sueldo perdido y declarado dentro de 100 días a raíz de una donación de órgano que tiene lugar antes del 31 de enero de 2022.
- Si esta solicitud de reembolso de gastos de viaje y sueldo perdido es aprobada, no solicitaré reembolso de los gastos que han sido o que serán reembolsados de otra forma (como tiempo libre pagado por mi empleador, el National Kidney Registry, la Georgia Transplant Foundation, etc.)
- (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 formulario, declaro bajo pena de perjurio de leyes federales y estatales, que toda la información que he proporcionado es veraz, correcta y completa. Además, entiendo que las leyes federales y estatales pueden otorgar multas o penas de prisión y se puede rechazar la solicitud de reembolso si no digo la verdad al completar la solicitud, o si oculto o no revelo hechos o pruebas relacionadas con la información suministrada en la solicitud.

Firma del donante: _____ Fecha: _____

Firma del profesional del centro de trasplante: _____ Fecha: _____