

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE 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:

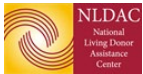
<https://www.livingdonorassistance.org/Resources/LostWagesDemo/Survey>. Al final de la encuesta, recibirá un código de realización que **deberá** incluir en este formulario de solicitud. Envíe estos documentos a su trabajador social o coordinador en el centro de trasplante. El centro de trasplante presentará su solicitud a NLDAC. No envíe su solicitud a NLDAC directamente. La solicitud debe ser entregada y aprobada antes de su cirugía de donación. Para más información, puede llamar a NLDAC al (888) 870-5002.

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/a	<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 3) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

RELACIÓN 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:			
<b>TIPO DE RELACIÓN:</b> <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			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Zip:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	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:



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO

**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:



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUELDO PERDIDO

## 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 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.
- 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.
- Si esta solicitud de reembolso de sueldo perdido es aprobada, no solicitaré reembolso del sueldo que ha sido o que será reembolsado de otra forma (como tiempo libre pagado por mi empleador, el National Kidney Registry, la Georgia Transplant Foundation, etc.)
- 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.

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 de sueldo perdido 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: \_\_\_\_\_