





## 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%				<b>Explicación:</b> 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.
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	

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>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:**