



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Solicitud de donante potencial de órganos vivos

INSTRUCCIONES

PASO 1: Por favor, complete esta solicitud y entréguela a su trabajador social de transplante quien lo presentará online.

PASO 2: Una vez que termine, la solicitud será examinada. El comité de votación tomará una decisión, por lo general, dentro de 2 semana.

DIRECTRICES

- I. Las solicitudes de financiamiento sólo podrán ser presentadas por los trabajadores sociales en los centros de trasplante designados por la Adquisición y Trasplante de Órganos (OPTN.) Los pacientes o individuos / los profesionales médicos que buscan asistencia en nombre de un paciente deben ponerse en contacto con el trabajador social asignado al paciente en su centro de trasplante, personal, para obtener más detalles.
- II. El personal de la Fundación Americana de Trasplantes se comunicará con el trabajador social y el vendedor directamente. Los pacientes están, vigorosamente, desaprobados de ponerse en contacto con la Fundación sobre el estado de su solicitud.
- III. Las solicitudes son revisadas en una base de caso por caso. La elegibilidad para asistencia financiera se basa en la sola discreción de la Fundación de Trasplante de América y está sujeta a la disponibilidad de fondos.
- III. La subvención máxima es de \$1,000.00, otorgado por los salarios perdidos durante su estadía en el hospital y la recuperación.
- V. Todos los desembolsos se harán directamente al vendedor, no al paciente.
- VI. Las solicitudes de subvención se deben hacer dentro de los 7 días de la cirugía.

Testimonios de pacientes son críticos para el éxito de este programa. En caso de adjudicación de una subvención, aunque no es un requisito, le agradeceríamos un testimonio escrito o vídeo y una foto del paciente.

Solicitud de Asistencia Financiera de Emergencia

Por favor, llene este formulario electrónicamente, no por papel

PASO 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (primera nombre y apellido):

Fecha del Trasplante:

Relación entre donante vivo y el destinatario:

Razón necesaria para la contribución:

Cantidad solicitada:

Dirección de casa:

Código postal:

Teléfono (Casa):

(Celular):

Correo electrónico (email):

Número de dependientes que viven en la casa:

Edad de dependientes:

Historia de Empleo del Paciente

¿Actualmente empleado? Si No

Último o actual empleador:

Última fecha de Empleo:

¿Cuánto tiempo libre, pagado, va a tener después de la cirugía?

Posición que tiene en su sitio de Empleo:

¿El trabajo del paciente incluye esfuerzo físico considerable? Si No

¿Cantidad estimada de tiempo de descanso necesario después de la cirugía?

Ingresos y Gastos del Hogar

¿Eres el proveedor del hogar? Si No

¿Usted o su pareja tienen una cuenta de ahorros? Sí No

Cantidad ahorrada: \$

INGRESOS

El salario para el hogar contribuido por usted (después de impuestos): \$

Los salarios para el hogar contribuido por otros en su hogar (después de impuestos): \$

Ingreso de Seguro Social: \$

Ingresos de Incapacidad: \$

Ingreso familiar mensual total (después de impuestos): \$

GASTOS

Hipoteca / Alquiler:

Otros Gastos Mensuales del Hogar (seguros, pago del automóvil, comida, teléfono celular, etc.):

Total de Gastos mensuales del hogar, incluida la vivienda:

PASO 2: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL VENDEDOR * Su vendedor es el alquiler, la hipoteca, la electricidad, etc. u otros gastos de vida esenciales dónde La Fundación de Trasplantes de América enviará el cheque, si es aprobado *

Nombre de empresa:

Dirección:

Código postal:

Cliente / cuenta ID (su número de cuenta):

Cantidad de pago solicitada:
(añadir otros proveedores si es necesario)

PASO 3: CONTACTO DEL CENTRO DE INFORMACIÓN DE TRASPLANTE

Referido por:

Nombre del trabajador social:

Centro de Trasplantes:

Teléfono directo del trabajador social:

Dirección de correo electrónico del trabajador social:

PASO 4: PREGUNTAS ADICIONALES

Esta contribución permitirá a este paciente a donar un órgano. Sí
No Por favor explique:

En una escala del 1 al 10, ¿qué influencia tendrá esta asistencia financiera en la decisión del paciente para donar?

¿El paciente está recibiendo asistencia financiera de otra organización?
Sí No Por favor, indique la cantidad y la asignación de ayuda financiera:

Afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que todas las aplicaciones se revisan sobre una base de caso a caso, y que la elegibilidad por una sola vez, la asistencia financiera de emergencia se basa solamente en la discreción de la Fundación de Trasplante de América y está sujeta a la disponibilidad de fondos. Todos los desembolsos se harán directamente al vendedor.

La falta de completar esta solicitud en su totalidad resultará en la negación automática y no por papel.

Firma del Trabajador Social de Transplante

Fecha

¿Preguntas? Por favor, póngase en contacto con la Fundación Americana de Trasplantes.
Teléfono: 303.757.0959 | Email: support@americantransplantfoundation.org