

American Transplant Foundation - Programa de Asistencia al Paciente

Trasplante Solicitud de Donante Potencial de Órganos Vivos

Guía de Aplicación

Esta guía está destinada a la colaboración entre trabajadores sociales y pacientes. Lo hará NO ser aceptado en lugar de la solicitud en línea. Por favor revisar las direcciones antes de llenar la solicitud en línea.

VISIÓN GENERAL

Somos una pequeña organización sin fines de lucro impulsada por voluntarios con una gran misión. Creemos que nadie debe morir mientras espera un trasplante y nos esforzamos por garantizar que los pacientes permanezcan sanos y puedan donar órganos. Queremos poder financiar todas las solicitudes presentadas, pero en este momento, solo podemos financiar a los pacientes más vulnerables en todo el país. Si bien hay fondos disponibles, este fondo proporcionará a los donantes vivos una subvención de asistencia de emergencia que proporcionará hasta \$500 por salarios perdidos.

Puede comunicarse con el personal de la American Transplant Foundation en cualquier momento si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud a support@americantransplantfoundation.org.

****Las solicitudes solo pueden ser presentadas por un trabajador social del programa de trasplante o un coordinador del programa de trasplantes. Los pacientes que buscan asistencia deben comunicarse con su asistente social del programa de trasplante asignado o con el coordinador del programa de trasplante para obtener más detalles.**

PREGUNTAS DE SELECCIÓN

- **¿El trabajador social del programa de trasplante del paciente o el coordinador del programa de trasplante afirmarán la necesidad y presentarán la solicitud?**
- **¿Ha habido alguna dificultad financiera que impida que el paciente done o reciba atención relacionada con el trasplante?**
- **¿El ingreso mensual del paciente es igual o inferior al 150% de La guía federal de pobreza enumeradas anteriormente?**

Si respondió no a cualquiera de estas preguntas, es posible que el paciente no califique para este fondo. Antes de completar la solicitud, hable con su equipo médico o comuníquese con la American Transplant Foundation a support@americantransplantfoundation.org.

Debido a COVID-19, estamos recibiendo un gran volumen de aplicaciones. El personal de la American Transplant Foundation está trabajando arduamente para revisar todas las preguntas y solicitudes, pero tenga en cuenta que su respuesta puede demorar más de lo esperado. Apreciamos su comprensión.

Este documento es un guía de solicitud para fondos no será aceptado en lugar de la solicitud oficial en línea de. No presente este documento a través de fax o correo electrónico.

PLANTILLA DE APLICACIÓN

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (primer nombre / apellido):

Número de teléfono (primario / secundario):

Correo electrónico:

Dirección postal completa:

2. **PREGUNTAS DE INVESTIGACION - Las siguientes preguntas son requeridas, pero las respuestas no afectarán la elegibilidad para recibir los fondos. Las respuestas van a ayudar a nuestra fundación para demostrar la necesidad de financiación de este programa y ayudaran a manejar este programa en el futuro.**

Género:

Fecha de nacimiento:

Idioma

principal:

Raza / etnia:

3. INFORMACIÓN DE TRASPLANTE

Tipo de trasplante (riñón, hígado, etc.):

Fecha de cirugía:

4. INFORMACIÓN DE CRISIS:

Explique su crisis financiera en detalle y cómo afecta directamente su atención de trasplante, su familia o cualquier otra inquietud que tenga sobre la donación de trasplante. Dentro de los 3 meses posteriores a la recepción de estos fondos, usted o su trabajador social necesitarán una actualización de cómo estos fondos lo han ayudado. Al enviar esta solicitud, usted acepta esto.

5. INFORMACION DE EMPLEO:

Empleador actual:

Título profesional:

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

¿El trabajo del paciente incluye esfuerzo físico considerable?

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

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Es la cabeza de la casa? SÍ NO (circule uno)

Tiene una pareja / esposo/a en el hogar? SÍ NO (circule uno)

Número de dependientes legales (reclamados en impuestos):

Edades de los dependientes legales (reclamados en impuestos):

Monto en cuenta de ahorro: \$

Salarios mensuales del hogar aportados por usted (después de impuestos, monto mensual estándar): \$

Salarios mensuales del hogar aportados por otros (por todos los miembros que contribuyen al hogar): \$

Ingresos de Seguro Social: \$

Ingreso por discapacidad: \$

Hipoteca / Alquiler mensual: \$

Seguro mensual y costos médicos: \$

Costo mensual de los medicamentos posteriores al trasplante cubiertos por usted: \$

Otros gastos mensuales de vivienda (esto incluye alimentos, transporte, teléfono, servicios públicos, seguro de automóvil, etc.): \$

7. INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE (SI ES APLICABLE)

¿Seguro médico del estado (Medicare)? SI / NO

¿Seguro de enfermedad (Medicaid)? SI / NO

¿Seguro privado? SI / NO

¿Seguro? SÍ / NO (circule uno) Compañía de seguros :

8. INFORMACIÓN DEL VENDEDOR (hasta tres proveedores solamente):

Nombre del vendedor 1:

Dirección de facturación del proveedor:

Número de

Cuenta/Cliente:

Número

Teléfono:

Monto solicitado por este vendedor:

Monto total que debe a este vendedor:

¿Qué tipo de gasto es este?

Nombre del vendedor 2:

Dirección de facturación del proveedor:

Número de

Cuenta/Cliente:

Número

Teléfono:

Monto solicitado por este vendedor:

Monto total que debe a este vendedor:

¿Qué tipo de gasto es este?

Nos vamos a comunicar con su trabajador social en relación con el estado su solicitud una vez que se haya presentado por parte de usted en línea. Tenga paciencia mientras revisamos su solicitud y pregunte a su trabajador social si necesita una actualización.

Somos una pequeña organización sin fines de lucro impulsada por voluntarios con una gran misión. Creemos que nadie debe morir mientras espera un trasplante y nos esforzamos por garantizar que los pacientes se mantengan saludables después del trasplante. Deseamos poder financiar todas las solicitudes enviadas, pero en este momento, podemos financiar a los pacientes más vulnerables en todo el país con riesgo de perder el acceso a la atención posterior al trasplante.

Le deseamos lo mejor y esperamos poder ayudarlo a mantenerse saludable y mantener su trasplante.

Calurosamente,
American Transplant Foundation

American Transplant Foundation
600 17th Street, Suite 2515 S
Denver, CO 80202

AmericanTransplantFoundation.org