



FORMULARIO DE COMPENSACION AL SUJETO

PARA SER LLENADA POR EL PERSONAL DEL ESTUDIO:

Nombre del Participante:

Número de Seguro Social: - - Correo electrónico: (En caso de utilizar tarjeta/ certificado de regalo)

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: () Teléfono de Trabajo: () Ext.:

1. ¿Actualmente es usted un empleado(a) VMRF? Si No
En caso afirmativo, favor de contactar al Departamento de Contabilidad antes de efectuarse el pago.
2. ¿Actualmente es usted un(a) empleado(a) VA? Si No
Si usted es un(a) empleado(a) VA favor de contestar las siguientes preguntas:
 - a. Las actividades asociadas con este estudio de investigación en el cual estoy como voluntario (a) no están relacionadas con mis deberes oficiales del VA: Si No
 - b. Soy miembro de la Comisión VA de Investigación y Desarrollo, de la Comisión Examinadora Independiente, o de IRB: Si No
 - c. Cuando ingresé voluntariamente como participante del estudio, yo estaba fuera de servicio (Permiso anual u horas de servicio VA fuera de lo normal.) Si No

Firma del Participante*: _____ Date: _____

* Su firma confirma que usted entiende el número de visitas que califican, la cantidad prorrateada en dólares por visita y la compensación total que se le debe. Favor de tener presente que IRS obliga a VMRF a informar \$600.00 dólares o más por compensación en el año calendario. Además mi firma confirma que mi participación en este estudio de investigación es completamente voluntaria.

(El siguiente recuadro es para uso exclusivo del Personal del estudio)

TO BE COMPLETED BY STUDY PERSONNEL:

IRB Protocol No: Date Requested:

Patient Study Status: Initial Visit Follow-Up Visit Completed
Early Termination Baseline Failure

Number of Qualifying Visits: Amount Per Visit: \$

Total Compensation: \$

Check (preferred method) Cash (must have prior VMRF approval)

Gift Certificate/Card (must have prior VMRF approval)

Hold Check and Notify Coordinator for Pickup Mail Check

(El siguiente recuadro es para uso exclusivo del Coordinador del estudio)

TO BE COMPLETED BY STUDY COORDINATOR:

Date Mailed: Initials:

Coordinator Name: Extension:

Principal Investigator: VMRF Project # Sponsor:

Payment Authorized By (signature): _____

(El siguiente recuadro es para uso exclusivo del Departamento de Contabilidad)

Requires Contracts Coordinator approval

Initials:

Date:

Requires C&G approval	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Initials:	Date:
-----------------------	--	-----------	-------