



NEW YORK STATE DONATE LIFE REGISTRY

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

donatelife.ny.gov | 1-866-NY DONOR

* Указывает поле, обязательное для заполнения — печатайте или пишите четкими печатными буквами черными или синими чернилами.

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

* Имя: _____ Средний инициал: _____ * Фамилия: _____

Дополнение к имени: _____ (мл., ст., II, и т. д.) * Дата рождения: ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)

* Почтовый адрес:			Проживания адрес, если отличается от адреса Почтовый:		
Адрес 1:			Адрес 1:		
Адрес 2:			Адрес 2:		
Город:	Штат:	Индекс:	Город:	Штат:	Индекс:

* Номер телефона: (____) _____ - _____ адрес электронной почты: _____

* Пол: Мужской Женский * Рост: Футы: _____ Дюймы: _____ * Цвет глаз: _____

Идентификационный номер:

Номер водительского удостоверения штата Нью-Йорк (9 цифр): _____

ИЛИ

Номер удостоверения личности без права вождения штата Нью-Йорк (9 цифр): _____

ИЛИ

Номер IDNYC: _____

ПЕРЕЧЕНЬ. Заполните часть 1 И часть 2.

* Часть 1:

Я даю согласие на донорство всех своих органов, тканей и глаз

ИЛИ

Я даю согласие на донорство только тех органов и тканей, которые отмечены ниже:

Органы

- Сердце
- Кишечник
- Почки
- Печень
- Легкие
- Поджелудочная железа

Ткани

- Кровеносные сосуды
- Костная и соединительная ткань
- Роговица
- Глаза
- Кожа

* Часть 2:

* Я даю согласие на донорство своих органов и/или тканей с целью (-ями):

- Трансплантации И исследований
- Только трансплантации
- Только исследований

Подписываясь ниже, я подтверждаю свое согласие на регистрацию в New York State Donate Life Registry. Я осознаю, что, регистрируясь в реестре, я даю официальное согласие на донорство своих органов, тканей и глаз (как указано выше) в случае моей смерти.

Я разрешаю при необходимости получать доступ к данной информации администрации реестра и организациям трансплантационной координации, уполномоченным федеральным правительством, банкам трансплантатов тканей и роговицы, имеющим лицензию штата Нью-Йорк и учреждениям, официально одобренным руководителем NYS Commissioner of Health после или непосредственно перед моей смертью.

* Подпись: _____ Дата: ____/____/____

Заполните, подпишите и поставьте дату на этой форме. Отправьте ее в NYS Donate Life Registry электронной почтой на: registry@donatelife.ny.gov или почтой США по адресу:

New York State Donate Life Registry
Donate Life New York State
185 Jordan Road
Troy, NY 12180

(Russian)