



# New York State Donate Life Registry

নাম নথভুক্তকরণ ফর্ম

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

\* আবশ্যিক ক্ষমতেরক নরিদশে করে- অনুগ্রহ করে কালো বা নীল কালতি স্পষ্টভাবে টাইপ বা মুদ্রতি কবুনা

পরচিয় তথ্য

\*নাম: \_\_\_\_\_ মাঝের নাম: \_\_\_\_\_ \*পদবী: \_\_\_\_\_

পরবর্তী পদ: \_\_\_\_\_ (জুনিয়ার, সনিয়ার, দ্বিতীয় ইত্যাদি) \*জন্ম তারখি: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (মামা/দাদি/বববব)

\* চর্চি পাঠানোর ঠিকানা:

যদি আলাদা হয়, আবাসিক ঠিকানা:

ঠিকানা 1: \_\_\_\_\_

ঠিকানা 1: \_\_\_\_\_

ঠিকানা 2: \_\_\_\_\_

ঠিকানা 2: \_\_\_\_\_

সর্চি: \_\_\_\_\_ স্টেটে: \_\_\_\_\_ জপি: \_\_\_\_\_

সর্চি: \_\_\_\_\_ স্টেটে: \_\_\_\_\_ জপি: \_\_\_\_\_

ফোন নম্বর: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ইমইল ঠিকানা: \_\_\_\_\_

\*লিঙ্গ:  পুরুষ  মহিলা

\*উচ্চতা: ফুট: \_\_\_\_\_ উচ্চতা: \_\_\_\_\_ \*চোখের রং: \_\_\_\_\_

সনাক্তকরণ নম্বর:

NYS ড্রাইভার লাইসেন্স নম্বর (9 সংখ্যার): \_\_\_\_\_

অথবা

NYS ড্রাইভার না হওয়া ব্যক্তির ID নম্বর (9 সংখ্যার): \_\_\_\_\_

অথবা

IDNYC নম্বর: \_\_\_\_\_

বশিষে উল্লেখ: অনুগ্রহ করে পার্ট 1 এবং 2 সম্পূর্ণ করুন।

*পার্ট 1:	*পার্ট 2:														
<input type="checkbox"/> আমি আমার সমস্ত অঙ্গ, টিস্যু এবং চক্ষু দান করার জন্য সম্মত অথবা <input type="checkbox"/> আমি শুধুমাত্র নমিনে টেকি চহিন দেওয়া অঙ্গ এবং টিস্যু দান করার জন্য সম্মত:	নমিনলখিতি উদ্দেশ্যেরে(গুলরি) জন্য আমি আমার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দান করত সম্মত:														
<table border="1"><thead><tr><th>অঙ্গ</th><th>টিস্যু</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> হৃদপিণ্ড</td><td><input type="checkbox"/> রক্তজালকি বা ব্লাড ভসেলে</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> অন্তর</td><td><input type="checkbox"/> হাড় এবং সংযোজক টিস্যু</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> বৃকক</td><td><input type="checkbox"/> কর্নিয়াসমূহ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> যক</td><td><input type="checkbox"/> চক্ষু</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ফুসফুস</td><td><input type="checkbox"/> ত্বক</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> অগ্ন্যাশয়</td><td></td></tr></tbody></table>	অঙ্গ	টিস্যু	<input type="checkbox"/> হৃদপিণ্ড	<input type="checkbox"/> রক্তজালকি বা ব্লাড ভসেলে	<input type="checkbox"/> অন্তর	<input type="checkbox"/> হাড় এবং সংযোজক টিস্যু	<input type="checkbox"/> বৃকক	<input type="checkbox"/> কর্নিয়াসমূহ	<input type="checkbox"/> যক	<input type="checkbox"/> চক্ষু	<input type="checkbox"/> ফুসফুস	<input type="checkbox"/> ত্বক	<input type="checkbox"/> অগ্ন্যাশয়		<input type="checkbox"/> প্রতস্থাপন এবং গবষণা <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র প্রতস্থাপন <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র গবষণা
অঙ্গ	টিস্যু														
<input type="checkbox"/> হৃদপিণ্ড	<input type="checkbox"/> রক্তজালকি বা ব্লাড ভসেলে														
<input type="checkbox"/> অন্তর	<input type="checkbox"/> হাড় এবং সংযোজক টিস্যু														
<input type="checkbox"/> বৃকক	<input type="checkbox"/> কর্নিয়াসমূহ														
<input type="checkbox"/> যক	<input type="checkbox"/> চক্ষু														
<input type="checkbox"/> ফুসফুস	<input type="checkbox"/> ত্বক														
<input type="checkbox"/> অগ্ন্যাশয়															

নচি স্বেক্সর করার মাধ্যমে, আমি নিউইয়র্ক স্টেটে ডোনেটে লাইফ রেজিস্ট্রতি নাম নথভুক্তির জন্য আমার সম্মতি  
সূচতি করছি। আমি বুঝেছি যে রেজিস্ট্রতি নাম নথভুক্তি করার মাধ্যমে আমি আমার মৃত্যু ঘটলে আমার অঙ্গ, টিস্যু এবং চক্ষু  
(উপরে যমেন উল্লেখতি) দান করার জন্য আইনি সম্মতি দিচ্ছি।



# New York State Donate Life Registry

নাম নথভুক্তকরণ ফর্ম

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

আমার আমার মৃত্যুতে বা মৃত্যুকালে রেজিস্ট্রারি প্রশাসনের প্রয়োজন অনুসারে এবং ফডোরলে নথিত্রতি অঙ্গ সংগ্রহ সংস্থাগুলি, নডিইয়র্ক স্টেটে লাইসেন্সকৃত টসিসু এবং চক্সু ব্য়াক্গুলা এবং NYS স্বাস্থ্য কমশিনার দ্বারা আনুষ্ঠানকিভাবে অনুমোদতি সংস্থাগুলিকে আমি এই তথ্যে প্রবশোধকিার অনুমোদন করছি।

\*স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারখি: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করুন, স্বাক্ষর করুন এবং তারখি দিনি; ইমহেলরে মাধ্যমে NYS ডোনটে লাইফ রেজিস্ট্রতি জমা দিনি:

[registry@donatelife.ny.gov](mailto:registry@donatelife.ny.gov) অথবা US ডাক মারফ প্ররেন করুন এথানে:

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