



Department of Health

Donate Life Registry

ریاست نیویارک ڈونیت لائف (Donate Life) رجسٹری میں تبدیلی اور خصوصیات کا فارم
donatelife.ny.gov | 1-866-NY-DONOR

میری خواہش ہے کہ: میری شناختی معلومات کو اپ ڈیٹ کیا جائے وہ اعضاء/ بافتوں تبدیل کر دیں جن کو عطیہ کرنے کے لیے میں نے رضامندی دی ہے میرے عطیہ کرنے کے مقاصد تبدیل کر دیں ***مطلوبہ شعبے کی نشاندہی کرتا ہے۔ براہ کرم سیاہ یا نیلی روشنائی سے واضح انداز میں ٹائپ کر دیں یا پرنٹ کر دیں:**

شناختی معلومات

نام: (اول) _____ / _____ / _____ (مہینہ/دن/سال) (MI) _____ (آخری) _____
تاریخ پیدائش _____
یا
NYS DMV شناختی نمبر (9 Digit لائسنس/پرمٹ/غیر ڈرائیور ID #) _____ IDNYC نمبر _____

رابطے کی معلومات

ہم ای میل کے ذریعے، یا اگر فراہم کیا گیا، تو امریکی ڈاک کے ذریعے آپ کی رجسٹریشن میں ترمیم کی تصدیق کر دیں گے

کیا نام اوپر جیسا ہے پتے میں تبدیلی ای میل پتے میں تبدیلی

نام: (اول) _____ (MI) _____ (آخری) _____
ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ کوڈ _____
ای میل پتہ _____ فون _____

خصوصیات

***میں بطور عطیہ دینے پر رضامند ہوں**

تمام اپنے اعضاء، بافتیں اور آنکھیں؛ یا

صرف نشان زد کردہ اعضاء اور بافتیں: اعضاء: دل گردے جگر پھیپھڑے آنتیں لبلبہ

بافتیں: خون کی نالیاں ہڈی اور منسلکہ بافت قریبے آنکھیں جلد

میں اس مقصد (مقاصد) کے لیے اپنے اعضاء اور/یا بافت کا عطیہ دینے پر رضامند ہوں:

پیوند کاری اور تحقیق صرف پیوند کاری صرف تحقیق

(تحقیق): آپ کے اعضاء اور بافتوں کے عطیہ کے تحفے کے ذریعے پیوند کاری کے ضرورت مند مریضوں کی زندگیوں کو بچانے اور شفا یاب کرنے میں مدد کے لیے ہر ممکن کوشش کی جائے گی۔ اگر اعضاء اور/یا بافتیں پیوند کاری کے لیے موزوں نہیں ہیں، تو تحقیق پر رضامندی دینے والے رجسٹرار تحقیق اور تعلیم کے لیے ان کے استعمال کی اجازت دیتے ہیں جس کے نتیجے میں نئے معالجے یا علاج تلاش کیے جا سکتے ہیں۔

دستخط اور تاریخ

ذیل میں دستخط کرتے ہوئے، میں ریاست نیویارک ڈونیت لائف رجسٹری میں سابقہ اندراج (اندراجات) میں تبدیلی کروانے پر رضامند ہوں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ رجسٹری میں اندراج کرتے ہوئے میں اپنی وفات کی صورت میں اپنے اعضاء، بافتیں اور آنکھوں (جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے) کو عطیہ کرنے کے لیے قانونی رضامندی دے رہا ہوں/ رہی ہوں۔ میں اس معلومات تک رسائی کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں جیسا کہ رجسٹری کی انتظام کاری کے لیے اور اعضاء کے حصول کے لیے وفاقی طور پر ضابطہ شدہ تنظیموں، ریاست نیویارک کے لائسنس یافتہ بافتوں اور آنکھوں کے بینکوں کو میری موت کے وقت پر یا اس کے قریب اور NYS کمشنر برائے صحت کے ذریعے باضابطہ طور پر منظور شدہ اداروں کو درکار ہے۔

دستخط _____ تاریخ _____

اس فارم کو مکمل کریں، اس پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں۔ NYS ڈونیت لائف رجسٹری کو بذریعہ ای میل جمع کروائیں: registry@donatelife.ny.gov یا بذریعہ امریکی ڈاک یہاں ارسال کریں:

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