



## Formularz rejestracji w Bazie Dawców „Donate Life” stanu Nowy Jork

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

Dawcy organów, oczu i tkanek ratują życie i umożliwiają powrót do zdrowia. Rejestrując się w Bazie Dawców „Donate Life” stanu Nowy Jork, wyraża Pan/Pani zgodę na przekazanie swoich organów i tkanek po śmierci. Jeżeli osoba, która chce zarejestrować się jako dawca jest w wieku 16 lub 17 lat, o rejestracji zostaną powiadomieni rodzice lub opiekunowie prawni tej osoby, którzy będą mieli decydujący głos w kwestii rejestracji jako dawca.

*\*Oznacza pole wymagane. Prosimy wypełniać maszynowo, wyraźnym piśmem drukowanym lub niebieskim atramentem*

### DANE IDENTYFIKACYJNE

\*Imię i nazwisko: (Imię)

(Inicjał) \*(Nazwisko)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/RRRR)

\*Data urodzenia

LUB

Nr identyfikacyjny DMV stanu Nowy Jork (9-cyfrowy nr prawa jazdy/tymczasowego prawa jazdy/dokumentu tożsamości)

Numer IDNYC

### DANE KONTAKTOWE

Potwierdzimy rejestrację e-mailem, jeżeli został podany adres e-mail lub pocztą tradycyjną.

\*Adres do korespondencji

\*Miasto

\*Stan

\*Kod pocztowy

Adres e-mail

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefon

### SPECYFIKACJA PRZEZNACZENIA

#### **\*WTRĄŻAM ZGODĘ NA ODDANIE**

**wszystkich** moich organów, tkanek i oczu *lub*

**tylko** zaznaczonych organów i tkanek. **Organy:**  serce  nerki  wątroba  płuca  jelita  trzustka

**Tkanki:**  naczynia krwionośne  kości  rogówki  oczy  skóra

#### **\*IWYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZANIE MOICH ORGANÓW I/LUB TKANEK W CELU(-ACH):**

Przeszczepów i badań naukowych<sup>◇</sup>

Tylko przeszczepów

Tylko<sup>◇</sup> badań naukowych

**◇Cele naukowe:** Dołożymy wszelkich starań, aby dzięki ofiarowanym przez Pana/Panią organom i tkankom ratować życie i umożliwić powrót do zdrowia pacjentom potrzebującym przeszczepów. Jeżeli organy i/lub tkanki nie nadają się do przeszczepu, a osoby zarejestrowane zezwoliły na użycie ich do badań naukowych, zostaną one wykorzystane do celów naukowych i edukacyjnych, które mogą przyczynić się do stworzenia nowych metod leczenia lub leków.

### PODPISAĆ I OPATRYĆ DATĄ

Podpisując poniżej zgadzam się na zarejestrowanie w Bazie Dawców „Donate Life” stanu Nowy Jork. Rozumiem, że rejestrując się w Bazie Dawców, wyrażam zgodę na przekazanie moich organów, tkanek i oczu (tak, jak zaznaczono powyżej) w przypadku śmierci. Udzielam upoważnienia na dostęp do tych danych w zakresie niezbędnym do administrowania Bazą Dawców oraz na potrzeby regulowanych prawem federalnym organizacji zajmujących się pozyskiwaniem organów, licencjonowanych w stanie Nowy Jork banków tkanek i oczu oraz podmiotów formalnie zatwierdzonych przez Rzecznika ds. Zdrowia stanu Nowy Jork (NYS Commissioner of Health) w momencie mojej śmierci lub na krótko przed śmiercią.

\*Podpis

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\*Data

Wypełnić, podpisać i opatryć datą niniejszy formularz. Wysłać e-mailem do Bazy Dawców „Donate Life” Stanu Nowy Jork na adres: [registry@donatelife.ny.gov](mailto:registry@donatelife.ny.gov) lub pocztą tradycyjną na adres:

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