



Department
of Health

Donate Life
Registry

ریاست نیویارک ڈونیت لائف (Donate Life) رجسٹری میں اندراج کا فارم

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

اعضاء، آنکھ، اور بافتوں کے عطیہ دہندگان زندگیوں کو بچاتے ہیں اور شفا یاب کرتے ہیں۔ ریاست نیویارک ڈونیت لائف رجسٹری میں اندراج کرتے ہوئے، آپ اپنی وفات کی صورت میں اعضاء اور بافتوں کا عطیہ دینے کی رضامندی دیتے ہیں۔ اگر آپ کو 16 یا 17 سال کی عمر میں ایک عطیہ دہندہ تصور کیا جا رہا ہو، تو آپ کے والدین اور قانونی سرپرست کو آپ کی رجسٹریشن کے بارے میں اطلاع دی جاتی ہے اور وہ اس بارے میں حتمی فیصلہ کر سکتے ہیں کہ کیا آپ کا عطیہ اگے بڑھ سکتا ہے۔

*مطلوبہ شعبے کی نشاندہی کرتا ہے۔ براہ کرم سیاہ یا نیلی روشنائی سے واضح انداز میں ٹائپ کریں یا پرنٹ کریں:

شناخت کرنے والی معلومات

*نام: (اول) _____ (MI) _____ (آخری) _____
تاریخ پیدائش _____ / _____ / _____ (مہینہ/دن/سال)
یا _____
NYS DMV شناختی نمبر (9 ہندسوں کا لائسنس/پرمٹ/غیر-ٹرانپور ID #) _____
IDNYC نمبر _____

رابطے کی معلومات

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

*ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ *زپ کوڈ _____
ای میل پتہ _____ () _____ فون _____ - _____

خصوصیات

*میں بطور عطیہ درج ذیل 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 اپنے اعضاء اور/یا بافت کا عطیہ دینے پر رضامند ہوں برائے مقصد (مقصد):

پیوند کاری اور تحقیق صرف پیوند کاری تحقیق صرف

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 اندراج 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