



Department
of Health

Donate Life
Registry



New York State Donate Life စာရင်းသွင်းပုံစံ

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

ကိုယ်အင်္ဂါ၊ မျက်လုံးနှင့် တစ်သျှူးအသားစအလှူရှင်များသည် အသက်များကို ကယ်ဆယ်ကုသရှင်သန်ခွင့် ပေးပါသည်။ New York State Donate Life Registry တွင် စာရင်းသွင်းခြင်းဖြင့် သင်ကွယ်လွန်သောအခါ သင့်ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းများနှင့် တစ်သျှူးများကို လှူဒါန်းရန် သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ သင်သည် အသက် 16 သို့မဟုတ် 17 နှစ်အရွယ် လှူဒါန်းသူဖြစ်ပါက သင့်မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူများအား သင့်စာရင်းသွင်းမှုကို အသိပေးမည်ဖြစ်ပြီး သင့်လှူဒါန်းမှုအပေါ် သဘောထားကို မေးမြန်းပါမည်။

*လိုအပ်သည့်အပိုင်းကို ဖော်ပြပါ။ မှင်အနက်ဖြစ်စေ အပြာဖြင့်ဖြစ်စေ ထင်ရှားစွာ စာရှိက်ပါ သို့မဟုတ် စာရေးပါ။

ကိုယ်ရေးအချက်အလက်

*အမည် (ပထမ)

(အလယ်)

*(နောက်ဆုံး)

____/____/____ (MM/DD/YYYY)

*မွေးနေ့

သို့မဟုတ်

NYS DMV အိုင်ဒီနံပါတ် (ဂဏန်း 9 လုံး လိုင်စင်/ပါမစ်/
ယာဉ်မောင်းမဟုတ်သူ အိုင်ဒီနံပါတ် #)

IDNYC နံပါတ်

ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်

သင့် အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာပို့လိပ်စာ ပေးထားပါက စာရင်းသွင်းမှု အတည်ပြုကြောင်းကို အကြောင်းကြားပါမည်

စာပို့လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဇစ်ကုဒ်

(____) ____ - ____

အီးမေးလ်

ဖုန်း

အချက်အလက်များ

*လှူဒါန်းရန် ကျွန်ုပ်သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်

☐ ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း၊ တစ်သျှူးအသားများနှင့် မျက်လုံးများ အားလုံး သို့မဟုတ်

☐ ရွေးချယ်ထားသော ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း၊ တစ်သျှူးအသားများသာ ဖြစ်ပါသည်။

ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းများ- ☐ နှလုံး ☐ ကျောက်ကပ် ☐ အသည်း ☐ အဆုတ် ☐ အူ ☐ သရက်ရွက် (ပန်ကရိယ)

တစ်သျှူးအသားများ ☐ သွေးကြော ☐ အရိုးနှင့် တွယ်ဆက်တစ်သျှူး ☐ မျက်ကြည်လွှာ ☐ မျက်လုံး ☐ အရေပြား



Department
of Health

Donate Life
Registry



New York State Donate Life စာရင်းသွင်းပုံစံ

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

***ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် တစ်သျှူးအသားစတို့ကို ဖော်ပြပါရည်ရွယ်ချက်အတွက် လှူဒါန်းရန် သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။**

☐ အစားထိုးကုသမှုနှင့် သုတေသန^၁

☐ အစားထိုးကုသရန် အတွက်သာ

☐ သုတေသန^၁ အတွက်သာ

^၁**သုတေသန**- သင်လှူဒါန်းထားသော ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းနှင့် တစ်သျှူးအသားများကိုသုံးပြီး အစားထိုးကုသရန် လိုအပ်နေသော လူနာများကို ပျောက်ကင်းအောင် အတတ်နိုင်ဆုံးကူညီပြီး ကယ်ဆယ်ကုသပေးပါမည်။ အကယ်၍ ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် တစ်သျှူးတို့သည် အစားထိုးကုသရန် မသင့်လျော်ပါက သုတေသနအတွက် လှူဒါန်းရန် သဘောတူထားသူများ၏ အစိတ်အပိုင်းကို ကုထုံးသစ်ရှာဖွေရေးသုတေသန သို့မဟုတ် ပညာရေးတွင် အသုံးပြုပါမည်။

လက်မှတ်နှင့် နေ့စွဲ

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် New York State Donate Life Registry တွင် စာရင်းသွင်းရန် သဘောတူပါသည်။ Registry တွင် စာရင်းသွင်းပေးထားခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်ကွယ်လွန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ (အထက်တွင်ရွေးချယ်ဖော်ပြထားသော) ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းများ၊ တစ်သျှူးအသားများနှင့် မျက်လုံး တို့ကို လှူဒါန်းရန် တရားဝင် သဘောတူခွင့်ပြုထားခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ယခုအချက်အလက်များကို လိုအပ်ချက်နှင့်အညီ ရယူခြင်းကို စာရင်းသွင်းမှုပြုရန်နှင့် ဖယ်ဒရယ်လုပ်ထုံးများနှင့်အညီ ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း ဝယ်ယူသည့်အဖွဲ့အစည်းများ၊ New York ပြည်နယ် လိုင်စင်ရ တစ်သျှူးအသားနှင့် မျက်လုံးဘဏ်တို့အား ကျွန်ုပ်ကွယ်လွန်ချိန်၊ သို့မဟုတ် ကွယ်လွန်ခါနီးအချိန်တွင် NYS ကျန်းမာရေးကော်မရှင်နာ၏ တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်နှင့်အညီ အသုံးပြုခွင့်ပေးပါသည်။

*လက်မှတ်

_____/_____/_____*နေ့စွဲ

ယခုစာကို ဖြည့်စွက်၊ လက်မှတ်ထိုးပြီး နေ့စွဲတပ်ပါ။ NYS Donate Life Registry သို့ registry@donatelife.ny.gov ဖြင့်

အီးမေးလ်ပို့ပါ-သို့မဟုတ် U.S. လိပ်စာသို့ စာတိုက်မှပို့ပါ-

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