

Department
of HealthDonate Life
Registry

न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्री चेंज एंड स्पेसिफिकेशन फॉर्म

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

मैं यह चाहूँगा/चाहूँगी:

 अपनी पहचान संबंधी जानकारी अपडेट करवाना जिन अंगों/ऊतकों को दान देने के लिए मैं सहमति द्वां उन्हें बदलवाना अपने दान के प्रयोजनों को बदलवाना

*आवश्यक फ़ॉलोव दर्शाता है। कृपया काली या नीली स्थाही में स्पष्ट रूप से लिखें या प्रिंट करें।

पहचान करने वाली जानकारी

*नाम: (पहला) _____ (मध्याक्षर) _____ *(उपनाम) _____

_____/_____/_____ (माह/दिनांक/वर्ष)

*जन्म की तारीख

NYS DMV पहचान नंबर (9 अंकीय लाइसेंस/परमिट/गैर-चालक ID #) _____ या IDNYC नंबर _____

संपर्क जानकारी

हम आपके पंजीकरण में आपके सुधार की पुष्टि ईमेल, यदि प्रदान किया गया हो, या यू.एस. डाक द्वाराकरेंगे

 यदि नाम ऊपर जैसा ही है पते में बदलाव ईमेल पते में बदलाव

नाम: (पहला) _____ (मध्याक्षर) _____ (उपनाम) _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

ईमेल पता _____ (_____) _____ - _____ फ़ोन _____

विशेष विवरण

*मैं निम्न दान करने के लिए सहमति देता/देती हूँ

 मेरे सभी अंग, ऊतक और आंखें: या केवल वे अंग और ऊतक जो विहित किए हैं: अंग: हृदय गुर्दे यकृत फेफड़े आंत अश्याशयऊतक: रक्त वाहिकाएं हड्डी और संयोजी ऊतक चक्षुपतल आंखें त्वचा

*मैं निम्नलिखित प्रयोजन(प्रयोजनों) के लिए अपने अंग और/या ऊतक दान करने की सहमति देता/देती हूँ:

 प्रत्यारोपण और अनुसंधान^० केवल प्रत्यारोपण केवल अनुसंधान^०

अनुसंधान: आपके दान किए गए अंग और ऊतक के उपहार के माध्यम से प्रत्यारोपण की ज़रूरत वाले रोगियों के जीवन को बचाने और स्वस्थ करने में मदद करने के लिए हर संभव कोशिश की जाएगी। यदि अंग और/या ऊतक प्रत्यारोपण के लिए उपयुक्त नहीं हैं, तो अनुसंधान हेतु सहमति देने वाले पंजीकरणकर्ता, अनुसंधान या शिक्षा के लिए उनका उपयोग करने की अनुमति देते हैं जिससे नए उपचार या इलाज मिल सकते हैं।

हस्ताक्षर एवं तारीख

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्री में मेरा(मेरे) पिलाला(पिलाले) नामांकन में बदलाव करने के लिए अपनी सहमति दर्शा रहा/रही हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि रजिस्ट्री में नामांकन करके मैं अपनी मृत्यु होने पर अपने अंगों, ऊतकों और आंखों (जैसा ऊपर बताया गया है) के दान के लिए कानूनी सहमति दे रहा/रही हूँ। मैं रजिस्ट्री के प्रबंधन के लिए और संघ द्वारा विनियमित अंग प्राप्ति संगठनों, मेरी मृत्यु के समय या उसके निकट समय पर न्यूयॉर्क राज्य के लाइसेंस प्राप्त ऊतक और नेत्र बैंकों और NYS स्वास्थ्य आयुक्त द्वारा औपचारिक रूप से अनुमोदित संस्थाओं के लिए आवश्यकतानुसार इस जानकारी का उपयोग करने की अनुमति देता/देती हूँ।

*हस्ताक्षर _____ / _____ / _____ *तारीख _____

इस फॉर्म को पूरा करें, उस पर हस्ताक्षर करें और तारीख डालें। NYS डोनेट लाइफ रजिस्ट्री को ईमेल द्वारा: registry@donatelife.ny.gov पर या यू.एस. मेल द्वारा यहाँ भेजें:

न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्री, 185 जॉर्डन रोड, ट्रॉय, न्यूयॉर्क 12180