



Department
of Health

Donate Life
Registry



न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ़ रजिस्ट्री चेंज एंड स्पेसिफिकेशन फॉर्म

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

अंग, आंख, और ऊतक दान देने वाले जीवन को बचाते और स्वस्थ करते हैं। न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ़ रजिस्ट्री में नामांकन करके, आप अपनी मृत्यु होने पर अंगों और ऊतकों को दान करने की सहमति देते हैं। यदि आपको 16 या 17 साल की उम्र में अंगदान करने वाला माना जा रहा है, तो आपके माता-पिता या कानूनी अभिभावकों को आपके पंजीकरण के बारे में बता दिया जाता है और आपका दान आगे बढ़ सकता है या नहीं, इस बारे में अंतिम फैसला उन्हीं का होता है।

*आवश्यक फ़ील्ड दर्शाता है। कृपया काली या नीली स्याही में स्पष्ट रूप से लिखें या प्रिंट करें:

पहचान वाली जानकारी

*नाम: ((प्रथम नाम)((मध्य नाम) *(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 की पुष्टि ईमेल, यदि प्रदान किया गया हो, या यू.एस. डाकद्वारा करेंगे

*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 चिह्नित किए हैं:

अंग: ☐ हृदय ☐ गुर्दे ☐ यकृत ☐ फेफड़े ☐ आंत ☐ अग्न्याशय

ऊतक: ☐ रक्त वाहिकाएं ☐ हड्डी और संयोजी ऊतक ☐ चक्षुपटल ☐ 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

^०अनुसंधान: 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 लाइफ़ रजिस्ट्री में नामांकन करने के लिए अपनी सहमति दे 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 लाइफ़ रजिस्ट्री को ईमेल द्वारा: registry@donatelife.ny.gov पर

या यू.एस. डाक द्वारा यहां भेजें:

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