

Department
of HealthDonate Life
Registry

न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्री चेंज एंड स्पेसिफिकेशन फॉर्म

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

अंग, अंख, और ऊतक दान देने वाले जीवन को बचाते और स्वस्थ करते हैं। न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ 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 स्थाही में स्पष्ट रूप से लिखें या प्रिंट करें:

पहचान वाली जानकारी

*नाम: ((प्रथम नाम))

(मध्य नाम) **(उपनाम)

____ / ____ / ____ (माह/दिनांक/वर्ष)

*जन्म की तारीख

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

IDNYC नंबर

संपर्क जानकारी

हम आपके पंजीकरण की पुष्टि ईमेल, यदि प्रदान किया गया हो, या यूएस. डाकद्वारा करेंगे

*डाक पता

*शहर

*राज्य

*ज़िप कोड

ईमेल पता

(_____) _____ - _____
फ़ोन

विशेष विवरण

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

मेरे सभी अंग, ऊतक और अंखें या

केवल वे अंग और ऊतक जो चिह्नित किए हैं: अंग: हृदय गुर्दे यकृत फेफड़े आंत अस्थाशय
ऊतक: रक्त वाहिकाएं हड्डी और संयोजी ऊतक चक्षुपटल आंखें त्वचा

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

प्रत्यारोपण और अनुसंधान^१

केवल प्रत्यारोपण

केवल अनुसंधान^१

१ 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 कार्यशक्ति 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 नामांकन करने के लिए अपनी सहमति दे रहा/रही हूं। मैं समझता/समझती हूं कि रजिस्ट्री में नामांकन करके मैं अपनी मृत्यु होने पर अपने अंगों और अंखों (जैसा ऊपर बताया गया है) के दान के लिए कानूनी सहमति दे रहा/रही हूं। 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 हूं।

*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 यूएस. डाक द्वारा यहां भेजें:

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