



Department
of Health

Donate Life
Registry



न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्रीमा परिवर्तन र विवरण फाराम

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

म निम्न गर्न चाहन्छु:

☐ मेरो पहिचान खुल्ने जानकारी अद्यावधिक गर्न ☐ मैले दान दिने भनेर सहमति जनाएका अङ्ग/तन्तुहरू परिवर्तन गर्न ☐ मेरो दानका प्रयोजनहरू परिवर्तन गर्न

* ले अनिवार्य प्रश्नलाई जनाउँछ। कृपया टाइप गर्नुहोस् वा कालो वा निलो मसीमा स्पष्ट बुझिनेगरी लेख्नुहोस्:

पहिचान खुल्ने जानकारी

*नाम: (नाम)

(बीचको नामको प्रथमाक्षर)

*(थर)

_____/_____/_____(MM/DD/YYYY) (महिना/दिन/वर्ष)

*जन्म मिति

NYS DMV पहिचान नम्बर (9 अङ्कको लाइसेन्स/पर्मिट/गैर-ड्राइभर ID #)

IDNYC नम्बर

सम्पर्क जानकारी

हामीले तपाईंको दर्तामा तपाईंको परिमार्जनलाई, उपलब्ध गराइएको खण्डमा, इमेलद्वारा वा यु.एस. मेलद्वारा पुष्टि गर्ने छौं

☐ यदि नाम माथि झैं समान भएमा ☐ ठेगानामा परिवर्तन ☐ इमेल ठेगानामा परिवर्तन

*नाम: (नाम)

(बीचको नामको प्रथमाक्षर)

*(थर)

पत्राचार ठेगाना

सहर

राज्य

जिप कोड

इमेल ठेगाना

() -

फोन

विवरण

*म निम्नको दानका लागि सहमति दिन्छु:

☐ मेरा सबै अङ्ग, तन्तु र आँखाहरू; वा

☐ ठिक्क चिन्ह लगाइएका अङ्ग र तन्तुहरू: अङ्गहरू: ☐ मुटु ☐ मृगौला ☐ कलेजो ☐ फोक्सो ☐ आन्द्रा ☐ पेन्क्रियाज

तन्तु: ☐ रक्तनली ☐ हड्डी तथा कनेक्टिभ तन्तु ☐ कोर्निया ☐ आँखा ☐ छाला

*म निम्न प्रयोजन(हरू) का लागि मेरो अङ्ग र/वा तन्तुहरू दान दिन सहमत छु:

☐ प्रत्यारोपण र अनुसन्धान^१

☐ प्रत्यारोपण मात्र

☐ अनुसन्धान^१ मात्र

^१अनुसन्धान: तपाईंको अङ्ग तथा तन्तुको दानको उपहारमार्फत प्रत्यारोपणहरू आवश्यक पर्ने बिरामीहरूका जीवनहरू बचाउन र बिरामीहरूलाई निको पार्नमा मद्दत गर्नका लागि हरसम्भव प्रयास गरिनेछ। यदि अङ्ग र/वा तन्तुहरू प्रत्यारोपणका लागि उपयुक्त नभएको खण्डमा अनुसन्धानका लागि सहमति प्रदान गरेका दर्ता गराउने व्यक्तिहरूले नयाँ उपचार वा इलाजहरू पत्ता लगाउन सक्ने अनुसन्धान वा अध्ययनका लागि तिनीहरूको प्रयोगका लागि मञ्जुरी प्रदान गर्छन्।

हस्ताक्षर र मिति

तल हस्ताक्षर गरेर म न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्रीमा मेरो पहिलेको नाम दर्ता(हरू) मा परिवर्तनहरू गर्नमा मेरो सहमति प्रदान गर्दैछु। रजिस्ट्रीमा नाम दर्ता गराएर मैले मेरो मृत्यु भएको खण्डमा मेरा अङ्ग, तन्तु र आँखाहरू (माथि उल्लेख गरिएअनुसार) दान दिन कानुनी सहमति प्रदान गरिरहेको छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। म रजिस्ट्री कार्यान्वयन गर्नका लागि र अङ्ग खरिद गर्ने संस्था तथा न्यूयॉर्क राज्यका इजाजतप्राप्त तन्तु तथा आँखाका बैंकहरूलाई मेरो मृत्युपश्चात् वा मृत्यु हुन लागेको बेला र NYS को स्वास्थ्य कमिश्नरद्वारा पहिले नै स्वीकृति प्रदान गरिएका निकायहरूलाई आवश्यकताअनुसार यस जानकारीमा पहुँच प्राप्त गर्न मञ्जुरी प्रदान गर्छु।



Department
of Health

Donate Life
Registry



न्यूयॉर्क स्टेट डोनेट लाइफ रजिस्ट्रीमा परिवर्तन र विवरण फाराम

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

*हस्ताक्षर

_____/_____/_____*मिति

यस फारामलाई पूरा भरेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस् । इमेलद्वारा NYS डोनेट लाइफ रजिस्ट्रीमा बुझाउनुहोस्:
registry@donatelife.ny.gov वा यु.एस. मेल (हुलाक) द्वारा यहाँ पठाउनुहोस्:

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