

သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု လျှောက်လွှာ (Living Donor Support Program Eligibility Application)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

လက်ခံသူလျှောက်လွှာ (Recipient Application)

ခြုံငုံသုံးသပ်မှုနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု- နယူးယောက်ပြည်နယ် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော သက်ရှိထင်ရှား ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ လှူဒါန်းသူများကို ခရီးသွားခြင်း၊ တည်းခိုခြင်းနှင့် အစားအစာ အသုံးစရိတ်များ၊ ဆုံးရှုံးသွားသော လုပ်အားခများ သို့မဟုတ် အလုပ်ပျက်ကွက်ခြင်း အတွက် ကုန်ကျစရိတ်၊ မှီခိုသူပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးအသုံးစရိတ်များနှင့် သက်ရှိထင်ရှား လှူဒါန်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ဆက်စပ်သော ရင်းစားငွေပြန်မရမည့် ဆေးကုသ ရေး ကုန်ကျစရိတ်အချို့တို့အတွက် ကူညီပေးသည်။ လျှောက်ထားရန် လှူဒါန်းသူသည် လျှောက်လွှာ၏ သတ်မှတ်ထားသော အပိုင်းများကို ဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်ပြီး နယူး ယောက်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေပြရန် တရားဝင်စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူများကို ပူးတွဲပေးပို့ရမည်။ သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရို ဂရမ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ခွဲစိတ်မှု မပြုမီ ဆုံးဖြတ်ရန် လိုအပ်သည်။

သက်ရှိထင်ရှား လှူဒါန်းသူလျှောက်လွှာ၏ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုတွင် လက်ခံသူက ဖြည့်စွက်ပြီး နယူးယောက်ပြည်နယ်၌ နေထိုင်ကြောင်း သက်သေပြရန် တရားဝင် စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူများကို ပူးတွဲပေးပို့ရမည့် အပိုင်းလည်း ပါဝင်သည်။

ညွှန်ကြားချက်များ

1. လက်ခံသူလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။ လိုအပ်သော မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေဆိုထားကြောင်း သေချာပါစေ။
2. နယူးယောက်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေပြချက်ကို ပူးတွဲတင်ပြပါ။ လက်ရှိနေထိုင်ကြောင်း သက်သေပြချက် နှစ်မျိုးကို လိုအပ်သည်။ သက်သေပြ ချက်များသည် လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်သည့် ရက်စွဲမှ လွန်ခဲ့သော ရက်ပေါင်း 90 အတွင်းရှိ ရက်စွဲတစ်ခုခုဖြင့် ဖြစ်ရမည်။ နယူးယောက်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေပြရန် တင်သွင်းသော စာရွက်စာတမ်းများသည် သက်ရှိထင်ရှား လှူဒါန်းမှုလက်ခံသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံနှင့် လက်ရှိနေထိုင်ရာနေရာတို့ကို ဖော်ပြရမည်။ တရားဝင်ခွင့်ပြုထားသော နေထိုင်ကြောင်း စာရွက်စာတမ်းများစာရင်းကို သိနိုင်ရန် အောက်တွင် ကြည့်ရှုပါ-
 - နေထိုင်ကြောင်း ထောက်ခံစာ
 - အလုပ်လက်မဲ့ စစ်ဆေးမှုဖြတ်ပိုင်းများ
 - အိမ်ခြံမြေအခွန်ဘောင်များ
 - အငှား သို့မဟုတ် အပေါင် ရှင်းတမ်းများ
 - ဆန္ဒမဲပေးသူ စာရင်းသွင်းကတ်
 - တယ်လီဖုန်းဘောင်များ
 - အလုပ်ရှင်ထံမှ လစာဖြတ်ပိုင်း
 - W2 သို့မဟုတ် 1099
 - လျှပ်စစ်မီတာ၊ ရေမီတာ
 - ဘဏ် သို့မဟုတ် ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှု ရှင်းတမ်းများ
 - လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု ထုတ်ပြန်ချက်များ
 - အခွန်ပြန်တမ်းများ
3. ဖြည့်စွက်ပြီးသည်နှင့် ပူးတွဲပေးပို့မှုများနှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်အပါအဝင် လျှောက်လွှာကို သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်း အား သို့မဟုတ် လျှောက်လွှာကို သုံးသပ်ပြီး သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်ထံ တင်သွင်းပေးမည့် အစားထိုးကုသရေးပညာရှင်အား ပေးအပ်ပါ။ န ယူးယောက်ပြည်နယ် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ် (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP) သို့ တိုက်ရိုက် မပေးပို့ပါနှင့်။

မေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါသလား။

သင်က အကူအညီ သို့မဟုတ် ရှင်းလင်းပြောကြားမှု လိုအပ်လျှင် တာဝန်ရှိ လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းထံ သို့မဟုတ် အစားထိုးကုသရေးစင်တာရှိ အစားထိုးကုသရေးပညာရှင် ထံ ဆက်သွယ်ပေးပါ။ သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်ထံ (518) 408-3431 မှတစ်ဆင့်လည်း ဆက်သွယ်နိုင်သည် သို့မဟုတ် LivingDonor@health.ny.gov သို့ မေးလ်ပို့၍လည်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်- လက်ခံသူလျှောက်လွှာ

လက်ခံသူ၏ အချက်အလက်များ

ညွှန်ကြားချက်များ- သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူအဖြစ် လျှောက်ထားသူ၏ နောက်ဆုံးရည်ရွယ်ထားသော လက်ခံသူက ဖြည့်စွက်ရန်နှင့် ခွဲစိတ်မှုမပြုမီ အစားထိုးကုသရေးစင်တာသို့ တင်ပြရန်။

| သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းမှု လက်ခံသူ၏ ပထမ အမည်စာလုံး | အမည် အလယ်စာလုံး | နောက်ဆုံး အမည်စာလုံး | မွေးသက္ကရာဇ် |
|---|-----------------|----------------------|--------------|
| | | | |

လက်ခံသူ၏ အမြဲတမ်းနေရပ်လိပ်စာ- _____

သင်က သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူနှင့် အတူနေထိုင်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ မဟုတ်လျှင် သင်၏ လက်ရှိမြေပြင်လိပ်စာကို အောက်တွင် ပေးအပ်ပါ-

လိပ်စာ 1- _____

လိပ်စာ 2- _____

မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ ဇစ်ကုဒ်- _____

ဦးစားပေး ဖုန်း- _____ အခြား ဖုန်း- _____

အီးမေးလ်- _____

လျှောက်လွှာတင်သွင်းချိန်၌ နယူးယောက်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်း ထောက်ခံပေးမည့် စာရွက်စာတမ်းနှစ်ခုကို လိုအပ်သည်။ လက်ခံသော စာရွက်စာတမ်းများကို သိနိုင်ရန် စာမျက်နှာ 1 ကို ကြည့်ရှုပါ။ သင် ပူးတွဲပေးပို့မည့် စာရွက်စာတမ်းနှစ်ခုကို အောက်တွင် ဖော်ပြပေးပါ-

1. _____ 2. _____

လက်ခံသူ၏ လူမှုပထဝီအချက်အလက်များ

နယူးယောက်ပြည်နယ်-သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်က ကူညီကယ်ဆယ်ပေးသော လူဦးရေကို ပိုမိုနားလည်သိရှိနိုင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် အောက်ပါ အပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပေးရန် သင့်အား တောင်းဆိုပါသည်။ အောက်ပါမေးခွန်းများအတွက် သင့်အဖြေများသည် ပရိုဂရမ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် ရင်းစားရငွေ ဆုံးဖြတ်ချက်များအပေါ် လွှမ်းမိုးသက်ရောက်မည်မဟုတ်ပါ။

လိင်- ကျား မ အခြား- _____

လူမျိုး/မျိုးနွယ်စု- လူဖြူ၊ ဟစ္စပန်းနစ် မဟုတ်သူ လူမည်း၊ ဟစ္စပန်းနစ် မဟုတ်သူ ဟစ္စပန်းနစ်/လက်တင်လူမျိုး မသိ/အခြား
 အာရှတိုက်သား၊ ဟစ္စပန်းနစ် မဟုတ်သူ အမေရိကန် အိန္ဒိယလူမျိုး/အလက်စကာဇာတိ၊ ဟစ္စပန်းနစ် မဟုတ်သူ
 ပစိဖိတ်ကျွန်းသား၊ ဟစ္စပန်းနစ်မဟုတ်သူ လူမျိုးစုံကပြား၊ ဟစ္စပန်းနစ် မဟုတ်သူ

ပညာရေး- အထက်တန်းမပြီးမြောက်သူ အထက်တန်းဘွဲ့ရ/GED နည်းပညာ/ကုန်သွယ်ရေး ကျောင်း ကောလိပ်တက်ဖူးသည်
 2 နှစ်တက် ကောလိပ်ဘွဲ့ 4 နှစ်တက် ကောလိပ်ဘွဲ့ 4 နှစ်တက် ကောလိပ်အဆင့်ထက် ကျော်လွန်သည်

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သို့ လျှောက်ထားသော သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူထံမှ သင် လက်ခံရယူမည့် ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ-

ကျောက်ကပ် အသည်း အခြား၊ တိတိကျကျ ဖော်ပြပေးပါ- _____

ဖြစ်နိုင်သော သက်ရှိထင်ရှား လူဒါန်းသူအမည်- _____

ဖြစ်နိုင်သော အခြား သက်ရှိထင်ရှား လူဒါန်းသူတစ်ဦးဦးသည် ဤလူဒါန်းသူ လျှောက်လွှာမတိုင်မီ သင့်အား လူဒါန်းပေးရန် နယူးယောက်ပြည်နယ်-သက်ရှိထင်ရှား လူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေး ပရိုဂရမ်ထံမှ ရင်းစားငွေ တောင်းခံဖူးပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

သင်က လက်ရှိတွင် ကျောက်ကပ်ဆေးနေရပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

| |
|--|
| စာလုံးကြီးဖြင့် ရေးသားထားသော အမည်- _____ |
| လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____ |

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

လက်ခံသူ၏ မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်ဖောင်

လက်ခံသူအတွက် ညွှန်ကြားချက်များ- ထိပ်ဆုံးစာကြောင်းရှိ ကွက်လပ်တွင် သင့်အမည်ကို ရေးသားပါ။ ထုတ်ပြန်ရှင်းလင်းချက်များ အားလုံးကို စေ့စေ့စပ်စပ် ဖတ်ရှုပြီး အောက်တွင် သင့်အမည်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။

ကျွန်ုပ် _____သည် အလားအလာရှိသော သက်ရှိထင်ရှား ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ လှူဒါန်းသူထံမှ လက်ခံသူတစ်ဦးအနေဖြင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု လျှောက်လွှာတွင် တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များအားလုံးကို မှန်မှန်ကန်ကန် ပြည့် ပြည့်စုံစုံ ပေးအပ်ထားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

- အစားထိုးကုသရေးစင်တာ၏ ဝန်ထမ်းများသည် အဖိုးတန်ဆုလာဘ် (valuable consideration) အကြောင်း ကျွန်ုပ်အား အသိပညာပေးထားပါသည်။ ကျွန်ုပ် သည် NOTA (42 U.S.C. §274e) ၏ ပုဒ်မ 301 ကို ကျွန်ုပ် နားလည်တတ်စွမ်းသမျှ အပြည့်အဝ လေးစားလိုက်နာပါသည်။ လူသားကိုယ်အင်္ဂါတစ်ခုခုကို လူသား ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ အစားထိုးကုသမှုတွင် အသုံးပြုရန် အဖိုးတန်ဆုလာဘ်ဖြင့် လဲလှယ်၍ သိလျက် ရရှိခြင်း၊ လက်ခံခြင်း သို့မဟုတ် လွှဲပြောင်းပေးခြင်း တို့သည် တရားမဝင်ကြောင်း ယင်းပုဒ်မက ပြဋ္ဌာန်းထားသည်။
- သက်ရှိထင်ရှား ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါလှူဒါန်းမှု ခံယူရေးအတွက် ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို အဖိုးတန်ဆုလာဘ်တစ်ခုခုဖြင့် အလဲအလှယ်ပြု၍ ချမှတ်ခဲ့ခြင်း မဟုတ်ပါ။
- ဤလှူဒါန်းမှု လုပ်ငန်းစဉ်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ အဖိုးတန်ဆုလာဘ်ဖြင့် အလဲအလှယ်ပြုလုပ်ထားကြောင်း ညွှန်ပြနေသော မည်သည့်အချက်အလက်ကိုမဆို ကျွန်ုပ် မတွေ့ရှိရပါ။
- လှူဒါန်းသူသည် အာမခံမူဝါဒ၊ အလုပ်ရှင် အကျိုးခံစားခွင့်၊ ပြည်နယ်နစ်နာကြေး ပရိုဂရမ်၊ ဖယ်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် များ ပရိုဂရမ် သို့မဟုတ် ကြိုတင်ငွေပေးချေမှုနည်းဖြင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ ပေးအပ်သော အဖွဲ့အစည်းကဲ့သို့ ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူတစ်ဦးဦး ထံမှ ဆုံးရှုံးသွားသော လုပ်အားခများ၊ ခရီးသွားခြင်းနှင့် အခြားသတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အသုံးစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေ ရရှိထားလျှင် သို့မဟုတ် ရယူထားလျှင် နယူးယောက်ပြည်နယ် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေး ပရိုဂရမ်သည် ယင်းအသုံးစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေကို သက်ရှိထင်ရှား ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ လှူဒါန်းသူတစ်ဦးဦးအား ဥပဒေအရ မပေးအပ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
- အချက်အလက် စိစစ်အတည်ပြုရေး၊ ပရိုဂရမ်သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ရေး နှင့်/သို့မဟုတ် ရင်းစားငွေ ဆုံးဖြတ်ရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို နယူးယောက်ပြည်နယ် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေး ပရိုဂရမ်ထံ မျှဝေပေးရန် အစားထိုးကုသရေးစင်တာအား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။
- သုံးသပ်ရေး သို့မဟုတ် စိစစ်အတည်ပြုရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် လိုအပ်လာလျှင် လက်ခံသူ သို့မဟုတ် အစားထိုးကုသရေးစင်တာက သတ်မှတ်ပေး ထားသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူတစ်ဦးဦးထံ လိုအပ်သော အနည်းဆုံးအချက်အလက်များကိုသာ လွှဲအပ်ပေးရန် နယူးယောက်ပြည်နယ် သက်ရှိ ထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်အား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

ဤဖောင်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် ဖယ်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများနှင့်အညီ မုသားသက်သေခံခြင်း ပြစ်ဒဏ်အကြောင်း သိရှိကာ ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များအားလုံးမှာ အမှန်ဖြစ်ကြောင်း၊ မှန်ကန်တိကျကြောင်းနှင့် ပြည့်စုံကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။ ထို့ပြင် ကျွန်ုပ်က နယူး ယောက်ပြည်နယ် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်နှင့်အညီ အကူအညီရယူရန် လျှောက်ထားရာတွင် အမှန်တရားကို မပြောဆိုလျှင် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က လျှောက်လွှာလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း အချက်အလက်ပေးအပ်ရာတွင် အဖြစ်မှန်များကို ဖုံးကွယ်ထားလျှင် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မပြောဆိုလျှင် ဖယ်ဒရယ် နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေသည် ပြစ်ဒဏ်များ ချမှတ်နိုင်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် တောင်ချနိုင်ကြောင်း သို့မဟုတ် တောင်းဆိုထားသော ရင်းစားငွေအကူအညီကို ပယ်ချ နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

လက်ခံသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

အစားထိုးကုသရေးစင်တာ လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ပေးပို့သူ၏ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ပေးပို့သူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ- _____

လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ပေးပို့သူ၏ ရာထူး- _____

လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ပေးပို့သူ၏ ဖုန်းနံပါတ်- _____

လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ပေးပို့သူ၏ အိမ်မှလ- _____