NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর যোগ্যতার আবেদন
(Living Donor Support Program Eligibility Application)
প্রাপকের আবেদন (Recipient Application)

সারসংক্ষেপ এবং যোগ্যতা: নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম যোগ্য জীবিত অঙ্গদাতা তাদের ভ্রমণ, লজিং এবং খাওয়ার খরচ, হারানো মজুরি বা সময়ের খরচের ক্ষতি, নির্ভরশীলদের পরিচর্যার খরচ, এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার সাথে সম্পর্কিত নির্দিষ্ট যে খরচগুলি ফেরত পাওয়া যাবে না এমন চিকিৎসা খরচের ক্ষেত্রে সাহায্য করে। আবেদন করতে, দাতাকে আবেদনের তাদের নির্ধারিত অংশগুলি পূরণ করতে হবে এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাসের প্রমাণ করার জন্য অনুমোদিত নথির কপি সংযুক্ত করতে হবে। অস্ত্রোপচারের আগে লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর যোগ্যতা নির্ধারণ করা প্রয়োজন।

জীবিত অঙ্গদাতার আবেদনের একটি অংশে এমন একটি বিভাগ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা প্রাপককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং তাদের নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাসের প্রমাণের জন্য অনুমোদিত নথির কপি সংযুক্ত করতে হবে।

নির্দেশাবলী

1. প্রাপকের আবেদনটি পূরণ করুন, সমস্ত প্রয়োজনীয় প্রশ্নের উত্তর দেওয়া নিশ্চিত করুন।
2. আপনার নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাসের প্রমাণ সংযুক্ত করুন। বর্তমান বসবাসের দুটি ভিন্ন প্রমাণের প্রয়োজন। প্রমাণগুলি আবেদন জমা দেওয়ার বিগত 90 দিনের মধ্যে তারিখযুক্ত হতে হবে। নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাসের প্রমাণের জন্য জমা দেওয়া নথিগুলিতে জীবিত অঙ্গদাতা গ্রহীতা বা প্রাপকের পুরো নাম এবং তাদের বর্তমান বাসস্থান উভয়ই প্রদর্শন করা প্রয়োজন। বসবাসের নথির অনুমোদিত তালিকার জন্য নিচে দেখুন:
   - বসবাসের চিঠি
   - লিজ বা মর্টগেজ স্টেটমেন্ট
   - তাদের নিয়োগকর্তার কাছ থেকে পে-স্টাব
   - ব্যাঙ্ক বা বিনিয়োগের স্টেটমেন্ট
   - বেকারত্ব ভাতার চেক স্টাব
   - ভোটার নিবন্ধন কার্ড
   - W2 বা 1099
   - সোশ্যাল সিকিউরিটি বা অক্ষমতার স্টেটমেন্ট
   - রিয়েল এস্টেট ট্যাক্স বিল
   - টেলিফোন বিল
   - ইউটিলিটি বিল
   - ট্যাক্স রিটার্ন
3. একবার হয়ে গেলে, সংযুক্তি সহ আবেদনপত্র এবং স্বাক্ষর করা প্রত্যায়নপত্র আপনার সমাজকর্মী বা ট্রান্সপ্লান্ট পেশাদারের কাছে দিন যিনি আপনার জন্য লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এ আবেদনটি পর্যালোচনা করে জমা দেবেন। অনুগ্রহ করে সরাসরি নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP)-এ পাঠাবেন না।

প্রশ্ন?

আপনার যদি সহায়তা বা স্পষ্টীকরণের প্রয়োজন হয় তবে অনুগ্রহ করে ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারে আপনার মনোনীত সমাজকর্মী বা ট্রান্সপ্লান্ট পেশাদারের সাথে যোগাযোগ করুন। আপনি (518) 408-3431 নম্বরে বা LivingDonor@health.ny.gov-এ আমাদের ইমেইল করে লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

OFFICE USE ONLY	
Application #:	**Applicant #:**

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম: প্রাপকের আবেদন

প্রাপকের তথ্য

নির্দেশাবলী: আবেদনকারী জীবিত অঙ্গদাতার চূড়ান্ত উদ্দীষ্ট প্রাপক দ্বারা পূরণ করতে হবে এবং অস্ত্রোপচারের আগে ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারে জমা দিতে হবে।

জীবিত অঙ্গদাতা প্রাপকের নামের প্রথম অংশ	নামের মাঝের আদ্যক্ষর	পদবী	জন্ম তারিখ

প্রাথমিক বাসস্থানের প্রাপকের ঠিকানা: ______________________________

আপনি কি জীবিত অঙ্গদাতার সাথে থাকেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি না হয়, তবে অনুগ্রহ করে নিচে আপনার বাস্তব ঠিকানা বা ফিজিক্যাল অ্যাড্রেস দিন:

ঠিকানা 1: ______________________________

ঠিকানা 2: ______________________________

শহর: ____________________ **স্টেট:** __________ **জিপ কোড:** __________

পছন্দসই ফোন: ____________________ **বিকল্প ফোন:** ____________________

ই-মেইল: ______________________________

আবেদন জমা দেওয়ার সময় নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাসের সমর্থনে দুটি নথির প্রয়োজন। *গ্রহণযোগ্য নথির জন্য পৃষ্ঠা 1 দেখুন*। অনুগ্রহ করে নিচে উল্লেখ করুন যে আপনি কোন দুটি নথি সংযুক্ত করবেন:

1. ____________________ **2.** ____________________

প্রাপকের জনতাত্ত্বিক তথ্য

নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম যে জনসংখ্যার সেবা করে তা আরও ভালোভাবে বোঝার জন্য, আমরা আপনাকে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিভাগটি পূরণ করতে অনুরোধ করছি। নিচের প্রশ্নগুলির উত্তর প্রোগ্রামের যোগ্যতা বা খরচ ফেরতের সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করে না।

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী ☐ অন্যান্য: ____________________

জাতি/জাতিসত্তা: ☐ শ্বেতাঙ্গ, অ-হিস্প্যানিক ☐ কৃষ্ণাঙ্গ, অ-হিস্প্যানিক ☐ হিস্প্যানিক/ল্যাটিনো ☐ অজানা/অন্যান্য
☐ এশিয়ান, অ-হিস্প্যানিক ☐ আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কা নেটিভ, অ-হিস্প্যানিক
☐ প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী, অ-হিস্প্যানিক ☐ বহুজাতিগত, অ-হিস্প্যানিক

শিক্ষা: ☐ হাই স্কুলের চেয়ে কম ☐ হাই স্কুল গ্র্যাজুয়েট/GED ☐ প্রযুক্তি/ট্রেড স্কুল ☐ কোনো কলেজ
☐ 2-বছরের কলেজ ডিগ্রী ☐ 4-বছরের কলেজ ডিগ্রী ☐ 4-বছরের কলেজ ডিগ্রীর বেশি

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এ আবেদনকারী জীবিত অঙ্গদাতার কাছ থেকে আপনি যে অঙ্গটি গ্রহণ করবেন:
☐ কিডনি ☐ লিভার ☐ অন্যান্য, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন: ____________________

সম্ভাব্য জীবিত অঙ্গদাতার নাম: ______________________________

এই দাতার আবেদনের আগে আপনাকে দান করার জন্য অন্য কোনো সম্ভাব্য জীবিত অঙ্গদাতা কি নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম থেকে খরচ ফেরতের অনুরোধ করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনি কি বর্তমানে ডায়ালাইসিসে আছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন: ______________________________

স্বাক্ষর: ______________________________ **তারিখ:** ____________________

OFFICE USE ONLY	
Application #:	**Applicant #:**

প্রাপকের প্রত্যায়ন ফর্ম

প্রাপকের নির্দেশাবলী: উপরের খালি জায়গায় আপনার নাম লিখুন, বিবৃতিগুলি পড়ুন এবং নিচে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন।

আমি, ____, একজন সম্ভাব্য জীবিত অঙ্গদাতা গ্রহীতা বা প্রাপক হিসাবে, যোগ্যতার আবেদনে অনুরোধ করা সমস্ত তথ্য সত্য এবং সম্পূর্ণভাবে প্রদান করেছি।

- ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারের কর্মীরা আমাকে জানিয়েছেন যে কীসে মূল্যবান প্রতিদান (valuable consideration) গঠিত হয় এবং আমার জানামতে, আমি NOTA (42 U.S.C. §274e)-এর ধারা 301 সম্পূর্ণভাবে মেনে চলছি, যেখানে আংশিকভাবে বলা হয়েছে যে, কোনো ব্যক্তির জেনেশুনে মানুষের প্রতিস্থাপনে ব্যবহারের জন্য কোনো মানব অঙ্গ মূল্যবান প্রতিদানের বিনিময়ে অর্জন, গ্রহণ বা অন্যথায় স্থানান্তর করা বেআইনি হবে।
- জীবিত অবস্থায় অঙ্গ দানে অংশ নেওয়ার আমার সিদ্ধান্ত কোনো মূল্যবান প্রতিদানের বিনিময়ে অনুপ্রাণিত ছিল না।
- আমার কাছে এমন কোনো তথ্য নেই যা নির্দেশ করে যে এই দান প্রক্রিয়ার সাথে সম্পর্কিত কোনো মূল্যবান প্রতিদান বিনিময় করা হচ্ছে
- আমি বুঝি যে নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম, স্টেট আইনের অধীনে, কোনো জীবিত অঙ্গ দাতাকে হারানো মজুরি, ভ্রমণ এবং অন্যান্য যোগ্য খরচের জন্য খরচ ফেরত দিতে পারে না যদি দাতা কোনো তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারী যেমন কোনো বিমা পলিসি, কোনো নিয়োগকর্তার সুবিধা, স্টেট ক্ষতিপূরণ প্রোগ্রাম, কোনো ফেডারেল বা স্টেট স্বাস্থ্য সুবিধা প্রোগ্রাম, বা প্রিপেইড ভিত্তিতে স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারী কোনো সংস্থার কাছ থেকে সেই খরচগুলির জন্য খরচ ফেরত পেয়ে থাকেন বা পাওয়ার কথা থাকে।
- তথ্য যাচাই, প্রোগ্রামের যোগ্যতা এবং/অথবা খরচ ফেরত নির্ধারণের উদ্দেশ্যে আমি ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারকে নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর সাথে আমার তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।
- পর্যালোচনা বা যাচাইয়ের উদ্দেশ্যে যখন প্রয়োজন হবে তখন প্রাপক বা ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারের দ্বারা চিহ্নিত কোনো তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারীর সাথে ন্যূনতম প্রয়োজনীয় তথ্য বিনিময় করার জন্য আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-কে অনুমতি দিচ্ছি।

এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি ফেডারেল এবং স্টেট আইনের অধীনে মিথ্যা সাক্ষ্যের দণ্ডে ঘোষণা করছি যে, আমার প্রদান করা সমস্ত তথ্য সত্য, সঠিক এবং সম্পূর্ণ। আমি আরও বুঝি যে ফেডারেল এবং স্টেট আইন জরিমানা এবং/অথবা কারাদণ্ড বা অনুরোধ করা খরচ ফেরতের সহায়তা প্রত্যাখ্যানের ব্যবস্থা করতে পারে যদি আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর অধীনে সহায়তার জন্য আবেদন করার সময় সত্য না বলি বা যদি আমি আবেদন প্রক্রিয়ায় সরবরাহ করা তথ্যের বিষয়ে ঘটনা গোপন করি বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হই।

প্রাপকের স্বাক্ষর: ______________________________ **তারিখ:** __________

ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার আবেদন দায়েরকারীর স্বাক্ষর: ______________________ **তারিখ:** __________

আবেদন দায়েরকারীর পুরো নাম: ______________________________

আবেদন দায়েরকারীর পদবী: ______________________________

আবেদন দায়েরকারীর ফোন নম্বর: ______________________

আবেদন দায়েরকারীর ই-মেইল: ______________________________