

अवलोकन और पात्रता: न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम योग्य जीवित अंग दाताओं के यात्रा, रहने और भोजन के खर्चों, तनख्वाह के नुकसान या समय बर्बाद होने की लागत, आश्रित देखभाल खर्च, और जीवित डोनेशन प्रक्रिया से जुड़ी कुछ बिना अदायगी वाली चिकित्सा लागत में उनकी मदद करता है जिनका भुगतान नहीं किया गया है। आवेदन करने के लिए, डोनर को आवेदन में अपने निर्धारित सेक्शन पूरे करने होंगे और न्यूयॉर्क राज्य में निवास साबित करने के लिए स्वीकृत दस्तावेजों की कॉपियाँ अटैच करनी होंगी। सर्जरी से पहले जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम की पात्रता तय करना ज़रूरी है।

जीवित डोनर के आवेदन के एक भाग में एक ऐसा सेक्शन शामिल है जो प्राप्तकर्ता को पूरा करना होगा और न्यूयॉर्क राज्य में अपने निवास के प्रमाण के तौर पर स्वीकृत दस्तावेजों की कॉपियाँ भी अटैच करनी होंगी।

निर्देश

- प्राप्तकर्ता आवेदन को पूरा करें, सभी ज़रूरी प्रश्नों का उत्तर देना सुनिश्चित करें।
- न्यूयॉर्क राज्य में अपने निवास का प्रमाण अटैच करें। वर्तमान निवास के दो अलग-अलग प्रमाण ज़रूरी हैं। प्रमाणों की तिथि आवेदन जमा करने की तिथि से पिछले 90 दिनों के भीतर की होनी चाहिए। न्यूयॉर्क राज्य में निवास का सबूत देने के लिए सबमिट किए जा रहे दस्तावेजों में जीवित डोनर के प्राप्तकर्ता का पूरा नाम और उसका वर्तमान निवास दिखाना ज़रूरी है। निवास के दस्तावेजों की अनुमोदित सूची के लिए नीचे देखें:
 - निवास का पत्र
 - किराए या मॉर्गेज के स्टेटमेंट
 - उसके नियोक्ता से वेतन पर्ची
 - बैंक या निवेश के स्टेटमेंट
 - बेरोज़गारी चेक की पर्चियाँ
 - मतदाता पंजीकरण कार्ड
 - W2 या 1099
 - सामाजिक सुरक्षा या विकलांगता के स्टेटमेंट
 - रियल एस्टेट टैक्स बिल
 - टेलीफ़ोन बिल
 - उपयोगिता बिल
 - टैक्स रिटर्न
- पूरा होने के बाद, आवेदन, अटैचमेंट्स सहित, और हस्ताक्षरित सत्यापन अपने सामाजिक कार्यकर्ता या ट्रांसप्लांट पेशेवर को दें जो आवेदन की समीक्षा करेगा और आपकी ओर से जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम में उसे सबमिट करेगा। कृपया सीधे न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP) को न भेजें।

कोई प्रश्न हैं?

आपको मदद या स्पष्टीकरण चाहिए, तो कृपया सामाजिक कार्यकर्ता या ट्रांसप्लांट सेंटर में अपने निर्दिष्ट ट्रांसप्लांट पेशेवर से संपर्क करें। आप (518) 408-3431 पर या LivingDonor@health.ny.gov पर हमें ईमेल करके जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम से भी संपर्क कर सकते हैं।

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम: प्राप्तकर्ता आवेदन

प्राप्तकर्ता की जानकारी

निर्देश: यह जीवित डोनर आवेदक के अंतिम इच्छित प्राप्तकर्ता द्वारा पूरा करने के लिए है और सर्जरी से पहले ट्रांसप्लांट सेंटर में जमा किया जाना चाहिए।

जीवित डोनर के प्राप्तकर्ता का नाम	मध्य आद्याक्षर	कुल नाम	जन्म तिथि

प्राप्तकर्ता का प्राथमिक निवास का पता: _____

क्या आप जीवित डोनर के साथ रहते हैं? हाँ नहीं यदि नहीं, तो कृपया नीचे अपना भौतिक पता दें:

पता 1: _____

पता 2: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

पसंदीदा फ़ोन: _____ वैकल्पिक फ़ोन: _____

ई-मेल: _____

आवेदन जमा करते समय न्यूयॉर्क राज्य में निवास का सबूत देने वाले दो दस्तावेज़ ज़रूरी हैं। स्वीकार्य दस्तावेज़ों के लिए पेज 1 देखें। कृपया नीचे बताएं कि आप कौन से दो दस्तावेज़ अटैच करेंगे:

1. _____ 2. _____

प्राप्तकर्ता की जनसांख्यिकीय जानकारी

जिस आबादी को न्यूयॉर्क राज्य-जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम सेवा प्रदान करता है उसे बेहतर ढंग से समझने के लिए, हम आपसे अनुरोध करते हैं कि कृपया नीचे दिया गया सेक्शन पूरा करें। नीचे दिए गए प्रश्नों के लिए आपके उत्तर कार्यक्रम की पात्रता या भरपाई के फैसलों को प्रभावित नहीं करेंगे।

लिंग: पुरुष स्त्री अन्य: _____

जाति/मूल वंश: श्वेत, गैर-हिस्पैनिक अश्वेत, गैर-हिस्पैनिक हिस्पैनिक/लैटिनो अज्ञात/अन्य
 एशियन, गैर-हिस्पैनिक अमेरिकन इंडियन/अलास्का नेटिव, गैर-हिस्पैनिक
 पैसिफिक आइलैंडर, गैर-हिस्पैनिक बहुजातीय, गैर-हिस्पैनिक

शिक्षा: हाई स्कूल से कम हाई स्कूल ग्रेजुएट/GED टेक/ट्रेड स्कूल कोई कॉलेज 2-वर्षीय कॉलेज की डिग्री
 4-वर्षीय कॉलेज की डिग्री 4-वर्षीय कॉलेज से आगे

आपको जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम के लिए आवेदन करने वाले जीवित डोनर से जो अंग मिलेगा:

किडनी लिवर अन्य, कृपया बताएं: _____

संभावित जीवित डोनर का नाम: _____

क्या इस डोनर के आवेदन से पहले किसी और संभावित जीवित डोनर ने आपको अंगदान करने के लिए न्यूयॉर्क राज्य-जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम से भरपाई की माँग की थी? हाँ नहीं

क्या आप इस समय डायलिसिस पर हैं? हाँ नहीं

प्रिंट किया हुआ नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

प्राप्तकर्ता सत्यापन फॉर्म

प्राप्तकर्ता के लिए निर्देश: ऊपर दी गई खाली जगह में अपना नाम लिखें, स्टेटमेंट्स को पढ़ें, और नीचे अपने नाम सहित हस्ताक्षर करें।

मैंने, _____, एक संभावित जीवित अंग डोनर के प्राप्तकर्ता के रूप में, पात्रता आवेदन में मांगी गई सारी जानकारी सच्चाई से और पूरी तरह प्रदान की है।

- ट्रांसप्लांट सेंटर के कर्मचारियों ने मुझे बताया है कि कीमती चीज़ के बदले (valuable consideration) का क्या मतलब है और अपनी समझ के अनुसार, मैं NOTA (42 U.S.C. §274e) के सेक्शन 301 का पूरी तरह से पालन कर रहा/रही हूँ, जिसमें कहा गया है कि किसी भी व्यक्ति द्वारा जानबूझकर किसी मानव अंग को कीमती चीज़ के बदले हासिल करना, लेना या किसी और तरह से ट्रांसफर करना गैर-कानूनी होगा, जिसका इस्तेमाल इंसान के ट्रांसप्लांट में किया जाना हो।
- जीवित अंगदान करवाने का मेरा फैसला किसी भी कीमती चीज़ के बदले में नहीं लिया गया था।
- मेरे पास ऐसी कोई जानकारी नहीं है जिससे यह पता चलता है कि इस डोनेशन प्रक्रिया के संबंध में किसी कीमती चीज़ का लेन-देन हो रहा है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम, राज्य के कानून के तहत, किसी भी जीवित अंग डोनर को तनखाह के नुकसान, यात्रा और अन्य योग्य खर्चों की भरपाई नहीं कर सकता, यदि डोनर को उन खर्चों के लिए किसी तृतीय-पक्ष भुगतानकर्ता, जैसे कि बीमा पॉलिसी, नियोक्ता लाभ, राज्य मुआवज़ा कार्यक्रम, संघीय या राज्य स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम, या किसी ऐसी संस्था से प्रतिपूर्ति मिली है या मिलनी चाहिए, जो प्रीपेड आधार पर स्वास्थ्य बीमा देती है।
- मैं ट्रांसप्लांट सेंटर को जानकारी के सत्यापन, कार्यक्रम की पात्रता निर्धारित करने और/या भरपाई के उद्देश्य से न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम के साथ अपनी जानकारी साझा करने की अनुमति देता/देती हूँ।
- मैं न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम को ज़रूरत पड़ने पर समीक्षा या सत्यापन के उद्देश्य से, प्राप्तकर्ता या ट्रांसप्लांट सेंटर द्वारा पहचाने गए किसी भी तृतीय-पक्ष भुगतानकर्ता के साथ न्यूनतम आवश्यक जानकारी का आदान-प्रदान करने की अनुमति देता/देती हूँ।

इस फॉर्म पर साइन करते हुए, संघीय और राज्य के कानूनों के अधीन झूठी गवाही देने पर सज़ा के तहत, मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने जो भी जानकारी दी है, वह सारी सच, सही और पूरी है। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि यदि मैं न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम के तहत सहायता के लिए आवेदन करते समय सच नहीं बताता/बताती या आवेदन प्रक्रिया में दी गई जानकारी के बारे में तथ्यों को छिपाता/छिपाती या बताने में विफल रहता/रहती हूँ, तो संघीय और राज्य के कानून के तहत मुझे जुर्माना और/या जेल या मांगी गई प्रतिपूर्ति सहायता से इनकार जैसी सज़ा हो सकती है।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

ट्रांसप्लांट सेंटर में आवेदन दाखिल करने वाले के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

आवेदन दाखिल करने वाले का पूरा नाम: _____

आवेदन दाखिल करने वाले का पद: _____

आवेदन दाखिल करने वाले का फ़ोन नंबर: _____

आवेदन दाखिल करने वाले का ई-मेल: _____