NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम योग्यता आवेदन
(Living Donor Support Program Eligibility Application)
प्राप्तकर्ता आवेदन (Recipient Application)

परिचय र योग्यता: न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम ले योग्य जीवित अंग दाताहरूलाई उनीहरूको यात्रा, बसोबास र खाना खर्च, गुमेको ज्याला वा गुमेको समयको लागत, आश्रित हेरचाह खर्च, र जीवित दान प्रक्रियासँग सम्बन्धित केही प्रतिपूर्ति नहुने चिकित्सा लागतहरूमा मद्दत गर्दछ। आवेदन दिन, दाताले आवेदनको आफ्नो तोकिएको खण्डहरू पूरा गर्नुपर्नेछ र न्युयोर्क राज्यको आवासीयता प्रमाणित गर्न स्वीकृत कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुपर्नेछ। जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमको योग्यता शल्यक्रिया अघि निर्धारण गरिनुपर्छ।

जीवित दाताको आवेदनको एक भागमा एउटा खण्ड समावेश छ जुन प्राप्तकर्ताले पूरा गर्नुपर्छ र आफ्नो न्युयोर्क राज्यको आवासीयताको प्रमाणका लागि स्वीकृत कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू पनि संलग्न गर्नुपर्छ।

निर्देशनहरू

1 प्राप्तकर्ता आवेदन पूरा गर्नुहोस्, सबै आवश्यक प्रश्नहरूको जवाफ दिन निश्चित गर्नुहोस्।

2 तपाईंको न्युयोर्क राज्यको आवासीयताको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्। हालको आवासीयताका दुई फरक प्रमाणहरू आवश्यक छन्। प्रमाणहरू आवेदन दर्ता गरेको पछिल्लो 90 दिन भित्रको मितिको हुनुपर्छ। न्युयोर्क राज्यको आवासीयता प्रमाणित गर्न पेश गरिने कागजातहरूमा जीवित दाता प्राप्तकर्ताको पूरा नाम र उनीहरूको हालको निवास दुवै देखिनुपर्छ। आवासीयताका स्वीकृत कागजातहरूको सूचीका लागि तल हेर्नुहोस्:

- आवासीयताको पत्र
- पट्टा (Lease) वा धितो (mortgage) विवरणहरू
- रोजगारदाताबाट प्राप्त पे-स्टब (Paystub)
- बैंक वा लगानी विवरणहरू
- बेरोजगारी चेक स्टबहरू
- मतदाताको दर्ता कार्ड
- W2 वा 1099
- सामाजिक सुरक्षा वा अपाङ्गता विवरणहरू
- घरजग्गा कर बिलहरू
- टेलिफोनका बिलहरू
- युटिलिटी बिलहरू
- कर विवरणहरू (Tax returns)

3 पूरा भएपछि, संलग्नकहरू सहितको आवेदन र हस्ताक्षर गरिएको प्रमाणीकरण (Attestation) तपाईंको सामाजिक कार्यकर्ता वा प्रत्यारोपण पेशेवरलाई दिनुहोस् जसले तपाईंको लागि जीवित दाता सहयोग कार्यक्रममा आवेदन समीक्षा र पेश गर्नेछन्। कृपया सिधै न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP) मा नपठाउनुहोस्।

प्रश्नहरू छन्?

तपाईंलाई सहायता वा स्पष्टीकरण आवश्यक छ भने कृपया प्रत्यारोपण केन्द्रमा तपाईंको तोकिएको सामाजिक कार्यकर्ता वा प्रत्यारोपण पेशेवरलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंले (518) 408-3431 मा वा LivingDonor@health.ny.gov मा इमेल गरेर पनि जीवित दाता सहयोग कार्यक्रममा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

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

जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम: प्राप्तकर्ता आवेदन

प्राप्तकर्ताको जानकारी

निर्देशनहरू: जीवित दाता आवेदकको अन्तिम अभिप्रेत प्राप्तकर्ताद्वारा पूरा गरिनुपर्ने र शल्यक्रिया अघि प्रत्यारोपण केन्द्रमा पेश गरिनुपर्ने।

जीवित दाता प्राप्तकर्ताको पहिलो नाम	बीचको नामको सुरुको अक्षर	थर	जन्म मिति

प्राप्तकर्ताको प्राथमिक निवासको ठेगाना: ______________________________

के तपाईं जीवित दातासँग बस्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन होइन भने, कृपया तल आफ्नो भौतिक ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस्:

ठेगाना 1: ______________________________

ठेगाना 2: ______________________________

सहर: ____________________ **राज्य:** ________ **ZIP:** ____________

रुचाइएको फोन: ____________________ **वैकल्पिक फोन:** ____________________

इमेल: ______________________________

आवेदन पेश गर्दा न्युयोर्क राज्यको आवासीयता पुष्टि गर्ने दुईवटा कागजातहरू आवश्यक पर्छन्। *स्वीकार्य कागजातहरूका लागि पृष्ठ 1 हेर्नुहोस्।* कृपया तपाईंले संलग्न गर्ने दुईवटा कागजातहरू तल उल्लेख गर्नुहोस्:

1. ____________________ **2.** ____________________

प्राप्तकर्ताको जनसांख्यिकीय विवरण

न्युयोर्क राज्य-जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले सेवा गर्ने जनसङ्ख्यालाई अझ राम्रोसँग बुझ्न, हामी तपाईंलाई निम्न खण्ड पूरा गर्न अनुरोध गर्दछौं। तलका प्रश्नहरूमा तपाईंको जवाफले कार्यक्रमको योग्यता वा प्रतिपूर्ति निर्णयहरूलाई प्रभाव पार्दैन।

लिङ्ग: ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य: ____________________

जाति/जातीयता: ☐ श्वेत, गैर-हिस्पानिक ☐ अश्वेत, गैर-हिस्पानिक ☐ हिस्पानिक/ल्याटिनो ☐ अज्ञात/अन्य ☐ एसियाली, गैर-हिस्पानिक ☐ अमेरिकी इन्डियन/अलास्का मूल निवासी, गैर-हिस्पानिक ☐ प्यासिफिक टापुवासी, गैर-हिस्पानिक ☐ बहुजातीय, गैर-हिस्पानिक

शिक्षा: ☐ हाइ स्कूल भन्दा कम ☐ हाइ स्कूल स्नातक/GED ☐ प्राविधिक/व्यावसायिक स्कूल ☐ केही कलेज ☐ 2-वर्षे कलेज डिग्री ☐ 4-वर्षे कलेज डिग्री ☐ 4-वर्षे कलेज भन्दा माथि

तपाईंले जीवित दाता सहयोग कार्यक्रममा आवेदन दिने जीवित दाताबाट प्राप्त गर्ने अंग:
☐ मिर्गौला ☐ कलेजो ☐ अन्य, कृपया खुलाउनुहोस्: ____________________

सम्भावित जीवित दाताको नाम: ______________________________

के यो दाताको आवेदन भन्दा पहिले तपाईंलाई दान गर्न कुनै अन्य सम्भावित जीवित दाताहरूले न्युयोर्क राज्य-जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमबाट प्रतिपूर्ति खोजेका छन्? ☐ हो ☐ होइन

के तपाईं हाल डायलाइसिसमा हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

नाम (ब्लक अक्षरमा): ______________________________

हस्ताक्षर: ______________________________ **मिति:** ____________________

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

प्राप्तकर्ता प्रमाणीकरण फारम

प्राप्तकर्ताका लागि निर्देशनहरू: माथिल्लो भागमा रहेको खाली ठाउँमा आफ्नो नाम लेख्नुहोस्, कथनहरू पढ्नुहोस् र तल आफ्नो नाममा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

म, ____, एक सम्भावित जीवित अंग दाता प्राप्तकर्ताको रूपमा, योग्यता आवेदनमा अनुरोध गरिएको सबै जानकारी सत्य र पूर्ण रूपमा प्रदान गरेको छु।

- प्रत्यारोपण केन्द्रका कर्मचारीहरूले मलाई बहुमूल्य प्रतिफल (valuable consideration) भन्नाले के बुझिन्छ भन्ने बारे जानकारी गराएका छन् र मेरो बुझाइ अनुसार, म NOTA (42 U.S.C. §274e) को दफा 301 को पूर्ण पालनामा छु, जसले आंशिक रूपमा यो व्यवस्था गर्दछ कि कुनै पनि व्यक्तिले मानव प्रत्यारोपणमा प्रयोगको लागि बहुमूल्य प्रतिफलको बदलामा कुनै पनि मानव अंग जानीजानी प्राप्त गर्नु, लिनु वा अन्यथा हस्तान्तरण गर्नु गैरकानूनी हुनेछ।
- जीवित अंग दान गराउने मेरो निर्णय कुनै पनि बहुमूल्य प्रतिफलको आदानप्रदानबाट प्रेरित थिएन।
- मसँग यो दान प्रक्रियाको सम्बन्धमा बहुमूल्य प्रतिफल आदानप्रदान भइरहेको छ भन्ने संकेत गर्ने कुनै जानकारी छैन।
- म न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले, राज्यको कानून बमोजिम, कुनै पनि जीवित अंग दातालाई गुमेको ज्याला, यात्रा र अन्य योग्य खर्चहरूको लागि प्रतिपूर्ति प्रदान गर्न सक्दैन दाताले बीमा पोलिसी, रोजगारदाता सुविधा, राज्य क्षतिपूर्ति कार्यक्रम, संघीय वा राज्य स्वास्थ्य सुविधा कार्यक्रम, वा प्रिपेड आधारमा स्वास्थ्य बीमा प्रदान गर्ने निकाय जस्ता कुनै पनि तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताबाट ती खर्चहरूको प्रतिपूर्ति पाएको छ वा पाउनुपर्ने छ भने भन्ने मैले बुझेको छु।
- जानकारी प्रमाणीकरण, कार्यक्रम योग्यताको निर्धारण र/वा प्रतिपूर्तिको उद्देश्यका लागि न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमसँग मेरो जानकारी साझा गर्न म प्रत्यारोपण केन्द्रलाई अनुमति दिन्छु।
- समीक्षा वा प्रमाणीकरण उद्देश्यका लागि आवश्यक परेको बेला प्राप्तकर्ता वा प्रत्यारोपण केन्द्रद्वारा पहिचान गरिएको कुनै पनि तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्तासँग न्यूनतम आवश्यक जानकारी आदानप्रदान गर्न म न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमलाई अनुमति दिन्छु।

यो फारममा हस्ताक्षर गर्दै, म घोषणा गर्दछु कि संघीय र राज्य कानूनहरू अन्तर्गत झुठो बयान (perjury) गरेवापत हुने दण्डको अधीनमा रही, मैले प्रदान गरेका सबै जानकारी सत्य, सही र पूर्ण छन्। म यो पनि बुझ्छु कि न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम अन्तर्गत सहायताको लागि आवेदन दिँदा मैले सत्य नबोलेमा वा आवेदन प्रक्रियामा आपूर्ति गरिएको जानकारीको सम्बन्धमा तथ्यहरू लुकाएमा वा खुलासा गर्न असफल भएमा संघीय र राज्य कानूनले जरिवाना र/वा कैद वा अनुरोध गरिएको प्रतिपूर्ति सहायता अस्वीकार गर्ने व्यवस्था गर्न सक्छ।

प्राप्तकर्ताको हस्ताक्षर: ______________________________________ **मिति:** __________

प्रत्यारोपण केन्द्रको आवेदन पेश गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर: ____________________ **मिति:** __________

आवेदन पेश गर्ने व्यक्तिको पूरा नाम: ____

आवेदन पेश गर्ने व्यक्तिको पद: ____

आवेदन पेश गर्ने व्यक्तिको फोन नम्बर: ____________________________

आवेदन पेश गर्ने व्यक्तिको इमेल: ____