

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

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

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 পরিচর্যা 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। প্রাপককে আবেদনের তাদের নির্ধারিত অংশটি পূরণ করতে হবে এবং তাদের নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাসের প্রমাণের জন্য অনুমোদিত নথির কপিও সংযুক্ত করতে হবে। অঙ্গোপচারের আগে লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর যোগ্যতা নির্ধারণ করা প্রয়োজন।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে প্রোগ্রামে গ্রহণ বা প্রত্যাখ্যান নির্ধারণের জন্য এই আবেদনটি প্রয়োজন। যোগ্যতার আবেদন অনুমোদিত হওয়ার পর খরচ ফেরত পাওয়ার জন্য প্রোগ্রামের সাথে আরও যোগাযোগ এবং জমার প্রয়োজন হবে। দাতার চাহিদার জন্য নির্দিষ্ট জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান অঙ্গোপচারের সাথে সম্পর্কিত ভ্রমণ, লজিং এবং খাওয়ার খরচ, হারানো মজুরি বা সময়ের খরচের ক্ষতি, নির্ভরশীলদের পরিচর্যা খরচ, এবং নির্দিষ্ট খরচ ফেরত পাওয়া যাবে না এমন চিকিৎসা খরচের যোগ্য ব্যয়ের মধ্যে কীভাবে খরচ ফেরত বিতরণ করা যেতে পারে তার নির্দেশিকা হিসাবে কাজ করার জন্য ওয়ার্কশিটগুলি উপলব্ধ। দাতারা যোগ্য খরচের এক বা সব বিভাগ থেকে খরচ ফেরত চাইতে পারেন। প্রতিটি জীবিত অবস্থায় অঙ্গদানের জন্য কোনো একক দাতাকে \$14,000.00 এর বেশি খরচ ফেরত দেওয়া হবে না।

নির্দেশাবলী

- দাতার আবেদনটি পূরণ করুন, সমস্ত প্রয়োজনীয় প্রশ্নের উত্তর দেওয়া নিশ্চিত করুন।
- 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 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
 - 1099-এর W2
 - সোশ্যাল সিকিউরিটি বা অক্ষমতার স্টেটমেন্ট
 - রিয়েল এস্টেট ট্যাক্স বিল
 - টেলিফোন বিল
 - ইউটিলিটি বিল
 - ট্যাক্স রিটার্ন
- 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 #:

লিডিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম: দাতার যোগ্যতার আবেদন

জীবিত অঙ্গদাতা আবেদনকারীর তথ্য

নির্দেশাবলী: আবেদনকারী জীবিত অঙ্গদাতা দ্বারা পূরণ করতে হবে এবং অঙ্গোপচারের আগে ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারে জমা দিতে হবে।

জীবিত অঙ্গদাতার নামের প্রথম অংশ	নামের মাবের আদ্যক্ষর	পদবী	জন্ম তারিখ

প্রাথমিক বাসস্থানের জীবিত অঙ্গদাতার ঠিকানা দাতা এবং প্রাপক একই ঠিকানায় থাকলে টিক দিন

ঠিকানা 1: _____

ঠিকানা 2: _____

শহর: _____ স্টেট: _____ জিপ কোড: _____

পছন্দসই ফোন: _____ বিকল্প ফোন: _____

ই-মেইল: _____

আপনি কি প্রাথমিক ঠিকানায় মেইল পান? হ্যাঁ না যদি না হয়, তবে মেইলিং ঠিকানা দিন:

ঠিকানা: _____

শহর: _____ স্টেট: _____ জিপ কোড: _____

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. _____

দানের উদ্দেশ্যে অঙ্গ: কিডনি লিভার অন্যান্য, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন: _____

চূড়ান্ত উদ্দীষ্ট প্রাপকের নাম: _____

দাতার কর্মসংস্থানের স্থিতি: পূর্ণকালীন কর্মরত খণ্ডকালীন কর্মরত অক্ষমতার ছুটিতে স্ব-নিযুক্ত
 গৃহকর্মী/তত্ত্বাবধায়ক শিক্ষার্থী বেকার অবসরপ্রাপ্ত অন্যান্য

জীবিত অঙ্গদাতার জনতাত্ত্বিক তথ্য

নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিডিং 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: স্বেতাঙ্গ, 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-হিস্প্যানিকশিক্ষা: হাই স্কুলের চেয়ে কম হাই স্কুল গ্র্যাডুয়েট/GED কারিগরি/ট্রেড স্কুল কোনো কলেজ
 2-বছরের কলেজ ডিগ্রী 4-বছরের কলেজ ডিগ্রী 4-বছরের কলেজ ডিগ্রীর বেশিপছন্দসই ভাষা: _____ আপনার কি ভাষা সহায়তা পরিষেবার প্রয়োজন আছে? হ্যাঁ না

পছন্দসই নাম: _____ বড় অক্ষরে লেখা নাম: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আপনি কোন-কোন বিভাগের জন্য খরচ ফেরত অনুরোধ করার আশা করছেন?

 মজুরি নির্ভরশীলদের পরিচর্যা ভ্রমণ সহায়ক ব্যক্তি
 খরচ ফেরত পাওয়া যায়নি এমন চিকিৎসা সংক্রান্ত খরচ

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

জীবিত অঙ্গদাতা আবেদনকারীর প্রত্যয়ন ফর্ম

ট্রান্সপ্লান্ট পেশাদাররা: অনুগ্রহ করে দাতার মেডিকেল রেকর্ডে এই ফর্মের একটি অনুলিপি রাখুন।

নির্দেশাবলী: উপরের খালি জায়গায় আপনার নাম লিখুন, সমস্ত বিবৃতি পড়ুন এবং নিচে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন।

আমি, _____, নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এ একজন জীবিত অঙ্গদাতা আবেদনকারী হিসাবে, যোগ্যতার আবেদনে অনুরোধ করা সমস্ত তথ্য সত্য এবং সম্পূর্ণভাবে প্রদান করেছি এবং সাক্ষ্য দিচ্ছি যে আমি ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারের বর্ণনা অনুযায়ী জীবিত অঙ্গদাতার মূল্যায়ন, অস্ত্রোপচার এবং ফলো-আপ প্রক্রিয়ার মাধ্যমে এগিয়ে যেতে ইচ্ছুক যদি না ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার নির্দেশ দেয় যে আমি প্রকৃত জীবিত অঙ্গদাতা হওয়ার জন্য এগিয়ে যেতে অক্ষম।

- 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 অঙ্গদাতা হওয়ার আমার সিদ্ধান্ত কোনো মূল্যবান প্রতিদানের বিনিময়ে অনুপ্রাণিত ছিল না।
- আমার কাছে এমন কোনো তথ্য নেই যা নির্দেশ করে যে আমার জীবিত অবস্থায় অঙ্গদানের 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 অন্য কোনো 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।
- আমি স্বীকার করছি যে যোগ্য খরচের খরচ ফেরত, উদাহরণস্বরূপ, হারানো মজুরি, ফেডারেল এবং/অথবা স্টেট আয়কর রিপোর্টিংয়ের অধীন হতে পারে। লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম থেকে প্রাপ্ত খরচ ফেরতের জন্য করের দায়বদ্ধতা নির্ধারণ করতে একজন যোগ্য কর উপদেষ্টা সাথে যোগাযোগ করার জন্য আবেদনকারী দায়ী। নিউ ইয়র্ক স্টেট লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম খরচ ফেরত প্রোগ্রামের কোনো করের পরিণতির জন্য দায়ী নয়।
- যদি লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এ অংশগ্রহণের জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হই, তবে প্রোগ্রাম থেকে যোগ্য খরচের জন্য খরচ ফেরত চাওয়ার আগে, আমি আমার জন্য উপলব্ধ যেকোনো তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারীর কাছ থেকে খরচ ফেরত চাইব এবং অপরিশোধিত/খরচ ফেরত পাওয়া যায়নি এমন খরচের জন্য প্রোগ্রাম থেকে কোনো খরচ ফেরতের আবেদন করার সময় লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর কাছে এই তথ্য প্রকাশ করব।
- পর্যালোচনা বা যাচাইয়ের উদ্দেশ্যে যখন প্রয়োজন হবে তখন জীবিত অঙ্গদাতা 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 এবং সঠিক। 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।

দাতার স্বাক্ষর: _____

ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার আবেদন দায়েরকারীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আবেদন দায়েরকারীর পুরো নাম: _____

আবেদন দায়েরকারীর পদবী: _____

আবেদন দায়েরকারীর ফোন নম্বর: _____

আবেদন দায়েরকারীর ই-মেইল: _____