NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम पात्रता आवेदन
(Living Donor Support Program Eligibility Application)
डोनर आवेदन (Donor Application)

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 के अपने निर्धारित सेक्शन पूरे करने होंगे और न्यूयॉर्क राज्य में निवास साबित करने के लिए स्वीकृत दस्तावेज़ों की कॉपियाँ अटैच करनी होंगी। प्राप्तकर्ता को आवेदन में अपने निर्धारित सेक्शन को पूरा करना होगा और साथ ही न्यूयॉर्क राज्य में अपने निवास के प्रमाण के लिए स्वीकृत दस्तावेज़ों की कॉपियाँ अटैच करनी होंगी। सर्जरी से **पहले** जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम की पात्रता तय करना ज़रूरी है।

कृपया ध्यान दें कि इस कार्यक्रम में स्वीकृति या अस्वीकृति निर्धारित करने के लिए यह आवेदन ज़रूरी है। पात्रता आवेदन को मंज़ूरी मिलने के बाद प्रतिपूर्ति पाने के लिए कार्यक्रम के साथ आगे और बातचीत तथा प्रस्तुति की ज़रूरत होगी। इस बारे में गाइड के तौर पर वर्कशीट्स उपलब्ध हैं कि यात्रा, रहने और भोजन के खर्चों, तनख्वाह के नुकसान या समय बर्बाद होने की लागत, आश्रित देखभाल खर्च, और डोनर की ज़रूरतों के हिसाब से जीवित डोनेशन सर्जरी से जुड़ी कुछ बिना अदायगी वाली चिकित्सा लागत में भरपाई को कैसे बाँटा जा सकता हैं। डोनर योग्य खर्चों की एक या सभी श्रेणियों से भरपाई की मांग कर सकते हैं। किसी भी एक डोनर को $14,000.00 प्रति जीवित डोनेशन से अधिक प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।

निर्देश

1. डोनर आवेदन को पूरा करें, सभी ज़रूरी प्रश्नों का उत्तर देना सुनिश्चित करें।
2. 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 दस्तावेज़ों में जीवित डोनर का पूरा नाम और उसका वर्तमान निवास दिखाना ज़रूरी है। निवास के दस्तावेज़ों 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
3. 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: डोनर पात्रता आवेदन

जीवित डोनर आवेदक की जानकारी

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

जीवित डोनर का नाम	मध्य आद्याक्षर	कुल नाम	जन्म तिथि

जीवित डोनर का प्राथमिक निवास का पता ☐ यह चेक करें कि क्या डोनर और प्राप्तकर्ता एक ही पते पर रहते हैं

पता 1: ______

पता 2: ______

शहर: ______ **राज्य:** ______ **ज़िप:** ______

पसंदीदा फ़ोन: ______ **वैकल्पिक फ़ोन:** ______

ई-मेल: ______

क्या आपको प्राथमिक पते पर डाक मिलती है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि नहीं, तो कृपया डाक पता प्रदान करें:

पता: ______

शहर: ______ **राज्य:** ______ **ज़िप:** ______

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.** ______

डोनेशन के लिए नियत अंग: ☐ किडनी ☐ लिवर ☐ अन्य, कृपया बताएं: ______

अंतिम इच्छित प्राप्तकर्ता का नाम: ______

डोनर की रोज़गार-संबंधी स्थिति: ☐ फुल टाइम काम करते हैं ☐ पार्ट टाइम काम करते हैं ☐ अक्षमता अवकाश पर हैं ☐ अपना काम करते हैं ☐ गृहिणी/केयरटेकर ☐ विद्यार्थी ☐ बेरोज़गार ☐ सेवानिवृत्त ☐ अन्य

डोनर की जनसाँख्यिकीय 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

पसंदीदा भाषा: ______ **क्या आपको भाषा सहायता सेवाओं की ज़रूरत है?** ☐ हाँ ☐ नहीं

पसंदीदा नाम: ______ **प्रिंट किया हुआ नाम:** ______

हस्ताक्षर: ______ **तिथि:** ______

आप किन श्रेणियों के लिए प्रतिपूर्ति का अनुरोध करने की उम्मीद करते हैं?

☐ तनख्वाह ☐ आश्रित देखभाल ☐ यात्रा ☐ सहायक व्यक्ति ☐ बिना अदायगी वाले चिकित्सा खर्च

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

जीवित डोनर आवेदक सत्यापन फ़ॉर्म

ट्रांसप्लांट पेशेवर: कृपया इस फ़ॉर्म की एक प्रति कॉपी डोनर के मेडिकल रिकॉर्ड में रखें।

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

मैंने, ____, न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम के जीवित अंग डोनर आवेदक के रूप में, पात्रता आवेदन में मांगी गई सारी जानकारी सच्चाई से और पूरी तरह प्रदान की है और यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा ट्रांसप्लांट सेंटर द्वारा बताए गए जीवित डोनर मूल्यांकन, सर्जरी और फ़ॉलो-अप प्रक्रियाओं के साथ आगे बढ़ने का इरादा है, जब तक कि ट्रांसप्लांट सेंटर द्वारा यह न दर्शाया जाए कि मैं असल में जीवित डोनर बनने की प्रक्रिया को आगे बढ़ाने में असमर्थ हूँ।

- 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 मेरे जीवित डोनेशन 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 तनख्वाह के नुकसान, यात्रा और किसी भी अन्य योग्य खर्च 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 यह मानता/मानती हूँ कि योग्य खर्चों की भरपाई, उदाहरण के लिए, तनख्वाह का नुकसान, संघीय और/या राज्य की इनकम टैक्स रिपोर्टिंग के अधीन हो सकती है। आवेदक जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम से मिली प्रतिपूर्ति के लिए टैक्स देनदारी तय करने के लिए किसी योग्य टैक्स सलाहकार से संपर्क करने के लिए ज़िम्मेदार है। न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम प्रतिपूर्ति कार्यक्रम के किसी भी टैक्स नतीजे के लिए ज़िम्मेदार नहीं है।
- यदि मुझे जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम में सहभागिता के लिए योग्य पाया जाता है, तो कार्यक्रम से योग्य खर्चों के लिए भरपाई की मांग करने से पहले, मैं अपने लिए उपलब्ध किसी भी तृतीय-पक्ष भुगतानकर्ता भरपाई की मांग करूँगा/करूँगी और जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम से बिना अदायगी वाले खर्चों के लिए किसी भी भरपाई की मांग करते समय कार्यक्रम को इस जानकारी का खुलासा करूँगा/करूँगी।
- मैं न्यूयॉर्क राज्य जीवित डोनर सहायता कार्यक्रम को ज़रूरत पड़ने पर समीक्षा या सत्यापन के उद्देश्य से, जीवित डोनर 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 फ़ॉर्म 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 और सही 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।

डोनर के हस्ताक्षर: ____

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: ____