

**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। प्राप्तकर्ताले आवेदनको आफ्नो तोकिएको खण्ड पूरा गर्नुपर्नेछ र आफ्नो न्युयोर्क राज्यको आवासीयताको प्रमाणका लागि स्वीकृत कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू पनि संलग्न गर्नुपर्नेछ। जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमको योग्यता शल्यक्रिया अघि निर्धारण गरिनुपर्छ।

कृपया ध्यान दिनुहोस् कि कार्यक्रममा स्वीकृति वा अस्वीकृति निर्धारण गर्न यो आवेदन आवश्यक छ। योग्यता आवेदन स्वीकृत भएपछि प्रतिपूर्ति प्राप्त गर्न कार्यक्रमसँग थप सञ्चार र पेश गरिने कागजातहरू आवश्यक पर्नेछ। यात्रा, बसोबास र खाना खर्च, गुमेको ज्याला वा गुमेको समयको लागत, आश्रित हेरचाह खर्च, र जीवित दान शल्यक्रियासँग सम्बन्धित दाताका विशिष्ट आवश्यकताहरू अनुसार केही प्रतिपूर्ति नहुने मेडिकल लागतहरू जस्ता योग्य खर्चहरू बीच प्रतिपूर्ति कसरी वितरण गर्न सकिन्छ भन्ने बारे मार्गनिर्देशन गर्न कार्यपत्रहरू (Worksheets) उपलब्ध छन्। दाताहरूले योग्य खर्चहरूको एक वा सबै श्रेणीहरूबाट प्रतिपूर्ति लिन सक्छन्। कुनै पनि एकल दातालाई प्रति जीवित दान \$14,000.00 भन्दा बढी प्रतिपूर्ति गरिने छैन।

## निर्देशनहरू

- दाता आवेदन पूरा गर्नुहोस्, सबै आवश्यक प्रश्नहरूको जवाफ दिन निश्चित गर्नुहोस्।
- 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 दाताको 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)
- 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](mailto:LivingDonor@health.ny.gov) मा इमेल गरेर पनि जीवित दाता सहयोग कार्यक्रममा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम: दाता योग्यता आवेदन

जीवित दाता आवेदकको जानकारी

निर्देशनहरू: जीवित दाता आवेदकद्वारा पूरा गरिनुपर्ने र शल्यक्रिया अघि प्रत्यारोपण केन्द्रमा पेश गरिनुपर्ने।

जीवित दाताको पहिलो नाम	बीचको नामको सुरुको अक्षर	थर	जन्म मिति

जीवित दाताको प्राथमिक निवासको ठेगाना  दाता र प्राप्तकर्ता एउटै ठेगानामा बस्नुहुन्छ भने चिनो लगाउनुहोस्

ठेगाना 1: \_\_\_\_\_

ठेगाना 2: \_\_\_\_\_

सहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

रुचाइएको फोन: \_\_\_\_\_ वैकल्पिक फोन: \_\_\_\_\_

इमेल: \_\_\_\_\_

के तपाईं प्राथमिक ठेगानामा हुलाक प्राप्त गर्नुहुन्छ?  हो  होइन होइन भने, पत्राचार ठेगाना उपलब्ध गराउनुहोस्:

ठेगाना: \_\_\_\_\_

सहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

दान गर्न चाहेको अंग:  मिर्गौला  कलेजो  अन्य, कृपया खुलाउनुहोस्: \_\_\_\_\_

अन्तिम अभिप्रेत प्राप्तकर्ताको नाम: \_\_\_\_\_

दाताको रोजगारी स्थिति:  पूर्ण-कालीन रोजगार  आंशिक-कालीन रोजगार  अशक्तता विदामा  स्वरोजगार गृहिणी/हेरचाहकर्ता  विद्यार्थी  बेरोजगार  अवकाश प्राप्त  अन्य

## जीवित दाताको 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।

लिंग:  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-हिस्पानिकशिक्षा:  हाइ स्कुल भन्दा कम  हाइ स्कुल स्नातक/GED  प्राविधिक/व्यावसायिक स्कुल  केही कलेज 2-वर्षे कलेज डिग्री  4-वर्षे कलेज डिग्री  4-वर्षे कलेज भन्दा माथिरुचाइएको भाषा: \_\_\_\_\_ के तपाईंलाई भाषा सहायता सेवाहरू आवश्यक पर्छ?  हो  होइन

रुचाइएको नाम: \_\_\_\_\_ नाम (ब्लक अक्षरमा): \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

तपाईं कुन श्रेणीहरूका लागि प्रतिपूर्ति अनुरोध गर्ने अनुमान गर्नुहुन्छ?

 ज्याला  आश्रित हेरचाह  यात्रा  सहयोगी व्यक्ति  प्रतिपूर्ति नहुने मेडिकल खर्चहरू

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## जीवित दाता आवेदक प्रमाणीकरण फारम

प्रत्यारोपण पेशेवरहरू: कृपया यो फारमको प्रतिलिपि दाताको मेडिकल अभिलेखमा सुरक्षित राख्नुहोस्।

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

म, \_\_\_\_\_, न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमको जीवित अंग दाता आवेदकको रूपमा, योग्यता आवेदनमा अनुरोध गरिएको सबै जानकारी सत्य र पूर्ण रूपमा प्रदान गरेको छु र प्रमाणित गर्दछु कि म प्रत्यारोपण केन्द्रले वर्णन गरे अनुसार जीवित दाता मूल्याङ्कन, शल्यक्रिया र फलो-अप प्रक्रियाहरू मार्फत अघि बढ्न चाहन्छु, जबसम्म प्रत्यारोपण केन्द्रले म वास्तविक जीवित दाता बन्न असक्षम छु भनी संकेत गर्दैन।

- 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 दाता बन्ने मेरो निर्णय कुनै पनि बहुमूल्य प्रतिफलको आदानप्रदानबाट प्रेरित थिएन।
- मसँग मेरो जीवित दानको 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 कुनै पनि 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 बुझ्नेको 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।
- म स्वीकार गर्दछु कि योग्य खर्चहरूको प्रतिपूर्ति, उदाहरणका लागि, गुमेको ज्याला, संघीय र/वा राज्य आयकर रिपोर्टिङको विषय हुन सक्छ। जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमबाट प्राप्त प्रतिपूर्तिको कर दायित्व निर्धारण गर्नका लागि योग्य कर सल्लाहकारलाई सम्पर्क गर्ने जिम्मेवारी आवेदकको हो। न्युयोर्क राज्य जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम प्रतिपूर्ति कार्यक्रमको कुनै पनि कर परिणामहरूको लागि जिम्मेवार छैन।
- जीवित दाता सहयोग कार्यक्रममा सहभागिताका लागि योग्य ठहरिएमा, कार्यक्रमबाट योग्य खर्चहरूको प्रतिपूर्ति खोज्नु अघि, म मलाई उपलब्ध कुनै पनि तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताहरूबाट प्रतिपूर्ति खोज्ने छु र प्रतिपूर्ति नभएका खर्चहरूको लागि कार्यक्रमबाट कुनै पनि प्रतिपूर्तिको लागि आवेदन दिँदा यो जानकारी जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमलाई खुलासा गर्नेछु।
- समीक्षा वा प्रमाणीकरण उद्देश्यका लागि आवश्यक परेको बेला जीवित दाता 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 र सही 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।

दाताको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_