

Singapore 169608
c/o Singapore General Hospital
Outram Road
NATIONAL ORGAN TRANSPLANT UNIT



BUSINESS REPLY SERVICE
PERMIT NO. 01589

National Organ Transplant Unit

Please fold here

Note:

1. This organ donation pledge form only applies to individuals aged 18 years and above.
2. Please note that the organ(s) indicated in this organ donation pledge shall be recorded in the organ donation pledge registry and updated with any other organ pledge(s) made previously.
3. This form is invalid if it is not duly completed.
4. Please forward the completed form to the following address:
National Organ Transplant Unit
c/o Singapore General Hospital
Outram Road
Singapore 169608
5. If you do not receive an acknowledgment to your pledge for organ donation within 3 weeks, please contact the Officer-in-Charge at the above address or contact 63214390.

குறிப்பு:

1. உடல் உறுப்பு தான உறுதியளிப்புப் படிவமானது 18 வயதுக்கும் மேற்பட்ட தனிநபர்களுக்கு மட்டுமே பொருந்தும்.
2. உடல் உறுப்பு தான உறுதியளிப்பில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள உடல் உறுப்புகள், உறுப்பு தான உறுதியளிப்புப் பதிவகத்திலும் குறிப்பிடப்பட்டு, முன்னதாக அறிவிக்கப்பட்ட இதர உறுப்பு தான உறுதியளிப்புகளுடன் புதுப்பிக்கப்பட்டிருக்கவேண்டும் என்பதை அன்புக்கூர்ந்து கவனத்தில் கொள்ளுங்கள்.
3. இந்தப் படிவம் முறையாகப் பூர்த்தி செய்யப்படவில்லை எனில், இது செல்லுபடியாகாது.
4. அன்புக்கூர்ந்து பூர்த்திசெய்யப்பட்ட படிவத்தை, பின்வரும் முகவரிக்கு அனுப்பி வையுங்கள்:
National Organ Transplant Unit
c/o Singapore General Hospital
Outram Road
Singapore 169608
5. உறுப்பு தானத்திற்கான உங்களுடைய உறுதியளிப்பை அங்கீகரிக்கும் கடிதம் மூன்று வாரத்தில் கிடைக்கப்பெறவில்லை எனில், அன்புக்கூர்ந்து மேற்குறிப்பிட்ட முகவரியில் உள்ள பொறுப்பு அதிகாரியைத் தொடர்புகொள்ளுங்கள் அல்லது 63214390 என்ற எண்ணை அழையுங்கள்.

Postage will
be paid by
addressee. For
posting in
Singapore only.

MEDICAL (THERAPY, EDUCATION AND RESEARCH) ACT 1972

ORGAN DONATION PLEDGE FORM UNDER SECTION 8

(This form may take you 5 minutes to fill in. Please complete all particulars in BLOCK LETTERS.)

மருத்துவச் (சிகிச்சை, கல்வி, ஆய்வு) சட்டம் 1972

பிரிவு 8-இன் கீழ் உறுப்பு தான உறுதியளிப்புப் படிவம்

(இந்தப் படிவத்தைப் பூர்த்திசெய்ய 5 நிமிடம் பிடிக்கலாம். அன்புகூர்ந்து அனைத்து விவரங்களையும்

பேரெழுத்துகளில் நிரப்புங்கள்.)

மருத்துவச் (சிகிச்சை, கல்வி, ஆய்வு) சட்டம் 1972
பிரிவு 8-இன் கீழ் உறுப்பு தான உறுதியளிப்புப் படிவம்
(இந்தப் படிவத்தைப் பூர்த்திசெய்ய 5 நிமிடம் பிடிக்கலாம். அன்புகூர்ந்து அனைத்து விவரங்களையும் பேரெழுத்துகளில் நிரப்புகள்.)

For Official Use Only அதிகாரபூர்வ பயன்பாட்டுக்கு மட்டுமே							

FULL NAME (as in identity document (ID)) முழுப் பெயர் (அடையாள அட்டையில் இருப்பது போல்)								
ID NO. அடையாள அட்டை எண்								
CITIZENSHIP / RESIDENTIAL STATUS குடியரிமை / குடியிருப்பாளர் நிலை	☐ Singapore Citizen சிங்கப்பூரர்				☐ Singapore Permanent Resident சிங்கப்பூர் நிரந்தரவாசி			
	☐ Others (please specify): மற்றவர்கள் (அன்புகூர்ந்து குறிப்பிடுங்கள்):							
DATE OF BIRTH (DDMMYYYY) பிறந்த தேதி						SEX பாலினம்	☐ Male ஆண்	☐ Female பெண்
RACE இனம்	☐ Chinese சீனர்	☐ Malay மலாய்க்காரர்	☐ Indian இந்தியர்	☐ Others (please specify): மற்றவர்கள் (அன்புகூர்ந்து குறிப்பிடுங்கள்):				
HOME ADDRESS வீட்டு முகவரி								
POSTAL CODE அஞ்சல் குறியீடு						CONTACT NO. தொடர்பு எண்		

I hereby donate the following upon my death (please tick '✓' one box):
நான் எனது மரணத்திற்குப் பிறகு, என்னுடைய பின்வரும் உறுப்புகளைத் தானம் செய்ய உறுதியளிக்கிறேன் (அன்புகூர்ந்து ஒரு பெட்டியில் '✓' எனக் குறியிடுங்கள்):

☐ Whole body donation முழு உடல் தானம் ☐ Any needed organs or parts தேவைப்படும் எந்தவோர் உறுப்பு ☐ Any organs or parts specified here: இங்கு குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எந்தவோர் உறுப்பு:

My donation is for the purposes of (please tick '✓' all applicable boxes):
என்னுடைய தானத்தின் நோக்கம் பின்வருமாற் (அன்புகூர்ந்து ஏற்புடைய அனைத்து பெட்டிகளையும் '✓' எனக் குறியிடுங்கள்):

☐ Transplant and / or therapy உடல் உறுப்பு மாற்று மற்றும் / அல்லது சிகிச்சை ☐ Medical / dental education, research, and / or advancement of medical / dental science மருத்துவ / பல் மருத்துவக் கல்வி, ஆய்வு, மற்றும் / அல்லது மருத்துவ / பல் மருத்துவ அறிவியல் மேம்பாடு

[OPTIONAL SECTION] A gift of all or any part of the body of a deceased person may be made to a specified donee* or without specifying a donee. This section may be left blank if you do not wish to specify a donee for the purpose(s) indicated above upon death.
கட்டாயமற்ற பிரிவு மரணமடைந்த ஒருவரின் உடல் முழுவதும் அல்லது உடலின் ஏதேனும் ஒரு பகுதி குறிப்பிட்ட ஒருவருக்கு* தானமாகக் கொடுக்கப்படலாம் அல்லது குறிப்பிட்ட நபர் எவருமின்றியும் தானமாகக் கொடுக்கப்படலாம். மேற்குறிப்பிட்ட காரணங்களின் பேரில் (மரணத்திற்குப் பின்), நீங்கள் குறிப்பிட்ட ஒருவரைக் குறிப்பிட விரும்பவில்லை எனில், இப்பிரிவு நிரப்பப்படாமல் இருக்கலாம்.

I wish to specify the following as donee, for the purpose(s) indicated above upon my death (optional):
நான் பின்வருபவரை தானம் பெறுபவராக, மேற்குறிப்பிட்ட காரணங்களின் பேரில் (மரணத்திற்குப் பின்) குறிப்பிட விரும்புகிறேன் (கட்டாயம் அல்ல):

Donation to specified individual for therapy or transplantation needed by him / her (if applicable): குறிப்பிட்ட ஒருவருக்குத் தேவைப்படும் சிகிச்சை அல்லது உறுப்பு மாற்று சிகிச்சை காரணமாக மேற்கொள்ளப்படும் தானம் (ஏற்புடையதாக இருப்பின்):	
FULL NAME (as in ID) முழுப் பெயர் (அடையாள அட்டையில் இருப்பது போல்)	
ID NO. அடையாள அட்டை எண்	
Donation to specified approved hospital, or approved medical / dental school, college, or university (if applicable): அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருத்துவமனை அல்லது அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருத்துவ / பல் மருத்துவப் பள்ளி, கல்லூரி அல்லது பல்கலைக்கழகத்திற்கான தானம் (ஏற்புடையதாக இருப்பின்):	
NAME OF HOSPITAL OR MEDICAL / DENTAL SCHOOL, COLLEGE OR UNIVERSITY மருத்துவமனை அல்லது மருத்துவ / பல் மருத்துவப் பள்ளி, கல்லூரி அல்லது பல்கலைக்கழகத்தின் பெயர்	
If the specified donee does not or is unable to accept, and / or does not need my body / organs upon my death (please tick '✓' one box): குறிப்பிடப்பட்ட ஒருவருக்கு எனது உடல் / உறுப்புகள் (என் மரணத்திற்குப் பெற விருப்பமில்லை அல்லது ஏற்க முடியவில்லை எனில், மற்றும் / அல்லது தேவையில்லை எனில் (அன்புகூர்ந்து ஒரு பெட்டியில் '✓' எனக் குறியிடுங்கள்):	
☐ I agree to donate my body / organs to other donees for the purposes I have indicated above. மேற்குறிப்பிட்ட காரணங்களின் பேரில், நான் என்னுடைய உடல் / உறுப்புகளை மற்றவர்களுக்குத் தானமாகக் கொடுக்க ஒப்புக்கொள்கிறேன்.	
☐ I do not agree to donate my body / organs to other donees. நான் என்னுடைய உடல் / உறுப்புகளை மற்றவர்களுக்குத் தானமாகக் கொடுக்க ஒப்புக்கொள்ளவில்லை.	
Remarks கருத்துகள்	

*Donee refers to any specified individual, any approved hospital or approved medical / dental school, college or university.
*தானம் பெறுபவர் என்பவர் எந்தவொரு குறிப்பிட்ட நபராக, அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருத்துவமனையாக அல்லது அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருத்துவ / பல் மருத்துவப் பள்ளி, கல்லூரி அல்லது பல்கலைக்கழகமாக இருக்கலாம்.

Please note that under the Medical (Therapy, Education and Research) Act 1972:

- 1. A gift of a body or any part thereof may be revoked by the donor at any time.
- 2. If you have specified an individual as donee for the purposes of therapy or transplantation needed by him / her, kindly note that your organs will not be preserved for this purpose, if the specified donee does not require therapy or transplantation upon your death.
- 3. You are encouraged to discuss your decision to pledge the donation of your body / organs with your family members or next-of-kin so that they will be aware of your wishes. These members will be instrumental in ensuring that your wishes are carried out.
- 4. Upon your death, your health records (including electronic health records) will be accessed, to facilitate assessment of the suitability of your body / organs for donation.

மருத்துவச் (சிகிச்சை, கல்வி, ஆய்வு) 1972 சட்டத்தில் பின்வருபனவற்றைக் குறித்துக்கொள்ளுங்கள்:

- 1. உடல் அல்லது உறுப்பு தானமானது எந்நேரத்திலும் தானம் அளிப்பவரால் மீட்டுக்கொள்ளப்படலாம்.
- 2. சிகிச்சை அல்லது உறுப்பு மாற்று சிகிச்சைக்காக ஒரு நபரை தானம் பெறுபவராக நீங்கள் குறிப்பிட்டிருந்தால், உங்களுடைய மரணத்திற்குப் பின், அவருக்கு உங்களுடைய உடல் அல்லது உறுப்புகள் சிகிச்சை அல்லது உறுப்பு மாற்று சிகிச்சை தேவைப்படவில்லை எனில், அவை இக்காரணங்களுக்காக பத்திரப்படுத்த மாட்டா என்பதைக் குறித்துக்கொள்ளுங்கள்.
- 3. உங்களுடைய உடல் / உறுப்பு தானம் பற்றி உங்களுடைய குடும்ப உறுப்பினர்கள் அல்லது நெருங்கிய குடும்ப உறுப்பினரிடம் கலந்து பேசுமாறு நீங்கள் ஊக்குவிக்கப்படுகிறீர்கள். அப்போதுதான், உங்கள் விருப்பம் பற்றி அவர்களுக்குத் தெரிந்திருக்கும். உங்கள் விருப்பம் நிறைவேற்றப்படுவதை உறுதிசெய்வதில் அவர்கள் முக்கியப் பங்கற்றுவார்கள்.
- 4. உங்கள் மரணத்திற்குப் பிறகு, உங்கள் உடல் / உறுப்புகள் தானத்திற்கு உகந்தவையா என்பதை உறுதிப்படுத்த, உங்களுடைய சுகாதாரப் பதிவேடுகள் (மின்னியல் பதிவேடுகள் உட்பட) பார்வையிடப்படும்.

SIGNATURE கையொப்பம்	DATE (DDMMYYYY) தேதி								
------------------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Please note that a person who is mentally disordered may not pledge the donation of his / her body / organs through submitting this form.
மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட ஒருவர் தம்முடைய உடல் / உறுப்புகளை இப்படிவத்தைச் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம் தானமளிக்க உறுதியளிக்க முடியாது என்பதை அன்புகூர்ந்து கவனத்தில் கொள்ளுங்கள்.

WITNESS' PARTICULARS* சாட்சியத்தின் விவரங்கள்*									
FULL NAME (as in ID) முழுப் பெயர் (அடையாள அட்டையில் இருப்பது போல்)									
ID NO. அடையாள அட்டை எண்									
DATE OF BIRTH (DDMMYYYY) பிறந்த தேதி									
CONTACT NO. தொடர்பு எண்									
HOME ADDRESS வீட்டு முகவரி									
POSTAL CODE அஞ்சல் குறியீடு									
RELATIONSHIP உறவுமுறை									
SIGNATURE கையொப்பம்									
DATE (DDMMYYYY) தேதி									

In the event of my death, please contact:
என்னுடைய மரணத்தின்போது, அன்புகூர்ந்து பின்வருபவரைத் தொடர்புகொள்ளுங்கள்:

FULL NAME (as in ID) முழுப் பெயர் (அடையாள அட்டையில் இருப்பது போல்)					CONTACT NO. தொடர்பு எண்											
HOME ADDRESS வீட்டு முகவரி																
POSTAL CODE அஞ்சல் குறியீடு																

*Witness must be 21 years of age or older.
*சாட்சியங்கள் வழங்குவோர் 21 வயது அல்லது அதற்கும் மேற்பட்டோராக இருக்கவேண்டும்.