California ਦੀ ਉਨੱਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਹਦਾਇਤ

ਇਹ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਕਹਿਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ 3 ਭਾਗ ਹਨ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ:

ਭਾਗ 1: **ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਚੁਣੋ, ਪੰਨਾ 3**

ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਉਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਇਹ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੋ।

ਭਾਗ 2: **ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਚੋਣਾਂ ਆਪ ਕਰੋ, ਪੰਨਾ 6**

ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਚੁਣਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਫਿਕਰ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਦੱਸਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਂਗੇ ਤਾਂ ਵੀ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਭਾਗ 3 **ਫਾਰਮ, ਪੰਨਾ 11 ਨੂੰ ਸਾਈਨ ਕਰੋ**

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਹੋਣੇ ਜਰੂਰੀ ਹਨ।

ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ 1, ਭਾਗ 2, ਜਾਂ ਦੋਨਾਂ ਨੂੰ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਉਹ ਹਿੱਸੇ ਸਿਰਫ਼ ਭਰੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਭਾਗ 3 ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ।

ਪੰਨਾ 12 'ਤੇ 2 ਗਵਾਹਾਂ ਦੇ, ਜਾਂ ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਇੱਕ ਨੋਟਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ

TM ਦੁਆਰਾ PREPARE ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ

ਕਾਪੀਰਾਈਟ © The Regents of the University of California, 2016

ਇਹ ਇੱਕ ਕਨੂੰਨੀ ਫ਼ਾਰਮ ਹੈ ਜਿਹੜਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਅਵਾਜ ਉਠਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹੀਂ ਬੋਲ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤਾਂ, ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਦੱਸਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।

ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨਾਲ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤਾਂ, ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਥਾਵਾਂ ਤੇ ਰੱਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਵਾਈ ਹੈ।

ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਸੰਬੰਧੀ ਕੁਝ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹੋਣ ਤਾਂ?

- ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੁਝ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਨਰਸਾਂ, ਸਮਾਜ ਸੇਵਕਾਂ, ਪਰਿਵਾਰ, ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਲਈ ਕਹੋ। ਵਕੀਲ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮੈਂ ਅਜਿਹੇ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ ਜੋ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿੱਚ ਹੀ ਨਾ ਹੋਣ?

- ਪੰਨਾ 10 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਕੁਝ ਜੋ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਮੈਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਕਲਪਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਦੇ ਹੋ
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਲੈਂਦੇ ਹੋ
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਨਵਾਂ ਫ਼ਾਰਮ ਦਿਓ।

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤਾਂ, ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ।

ਭਾਗ 1 ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਚੁਣੋ

ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਕਿ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ

ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸ ਨੂੰ ਚੁਣਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਕੋਈ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤ:

- ਜਿਸਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ
- ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣਦਾ ਹੈ
- ਤੁਹਾਡੀ ਲੋੜ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ
- ਜਿਸ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਭਰੋਸਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਫੈਸਲਾ ਲਵੇਗਾ
- ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਬਣ ਸਕਦਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਨਾ ਹੋਵੇ।

ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ ਹੈ ਜੇ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹਾਂ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਲੈਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤਾਂ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਜੱਜ ਵੱਲ ਮੁੜਨਗੇ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ:

- ਡਾਕਟਰਾਂ, ਨਰਸਾਂ, ਸਮਾਜ ਸੇਵਕਾਂ, ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ
- ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਕਲੀਨਿਕਾਂ, ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ
- ਦਵਾਈਆਂ, ਟੈਸਟ, ਜਾਂ ਇਲਾਜ
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖਭਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਥੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ
- ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕੌਣ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ
- ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ਰੀਰ ਅਤੇ ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਕੁਝ ਹੋਰ ਫੈਸਲੇ ਹਨ ਜਿਹੜਾ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ:

ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- **CPR ਜਾਂ ਕਾਰਡੀਓ ਪਲਮਨਰੀ ਰੀਸਸਿਸੀਟੇਸ਼ਨ**

  ਕਾਰਡੀਓ = ਦਿਲ ਪਲਮਨਰੀ = ਫੇਫੜੇ

  ਰੀਸਸਿਸੀਟੇਸ਼ਨ = ਮੁੜ ਸੁਰਜੀਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ

  ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ:

  - ਖੂਨ ਨੂੰ ਪੰਪ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਲਈ ਆਪਣੀ ਛਾਤੀ ਨੂੰ ਜੋਰ ਨਾਲ ਦਬਾਓ
  - ਦਿਲ ਨੂੰ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਬਿਜਲੀ ਦੇ ਝਟਕੇ
  - ਦਵਾਈਆਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ

- **ਸਾਹ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ ਜਾਂ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ**

  ਮਸ਼ੀਨ ਤੁਹਾਡੇ ਫੇਫੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਵਾ ਨੂੰ ਪੰਪ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮਸ਼ੀਨ 'ਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

- **ਡਾਇਲਸਿਸ**

  ਇੱਕ ਮਸ਼ੀਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਖੂਨ ਨੂੰ ਸਾਫ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁਰਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

- **ਫੀਡਿੰਗ ਟਯੂਬ**

  ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਗਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੁਆਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਟਯੂਬ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਟਿਊਬ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਗਲੇ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- **ਖੂਨ ਅਤੇ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦਾ ਸੰਚਾਰਨ**

  ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ਰੀਰ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਅਤੇ ਪਾਣੀ ਪਾਉਣ ਲਈ।

- **ਸਰਜਰੀ**
- **ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ**

ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤਲੇ ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ - ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਜਲਦੀ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਇਹ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- ਕਿਸੇ ਧਾਰਮਿਕ ਜਾਂ ਅਧਿਆਤਮਕ ਲੀਡਰ ਨੂੰ ਬੁਲਾਉਣਾ
- ਫੈਸਲਾ ਕਰਨਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗੀ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ
- ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਜਾਂ ਅੰਗ ਦਾਨ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨਾ
- ਫੈਸਲਾ ਕਰਨਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੱਥੇ ਦਫਨਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਸੰਸਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੇਰਾ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਇਹਨਾਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ, ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ।

ਅਜਿਹੇ ਫੈਸਲੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਲੈਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ, ਉਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਥੇ ਲਿਖੋ:

____

____

ਤੁਹਾਡਾ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਖੁਦ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਫੈਸਲੇ ਲਵੇ।

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ______________ ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ ______________

ਫੋਨ #1 ______________ ਫੋਨ #2 ______________ ਰਿਸ਼ਤਾ ______________

ਪਤਾ ______________ ਸ਼ਹਿਰ ______________ ਰਾਜ ______ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ______________

ਜੇ ਪਹਿਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਇਹ ਨਾ ਕਰ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲਵੇ:

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ______ ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ ______

ਫੋਨ #1 ______ ਫੋਨ #2 ______ ਰਿਸ਼ਤਾ ______

ਪਤਾ ______ ਸ਼ਹਿਰ ______ ਰਾਜ ______ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ______

ਕਦੋਂ ਮੇਰਾ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਉਹ ਮੇਰੇ ਵਾਸਤੇ ਇਦੋਂ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ:

◯ ਸਿਰਫ਼ ਮੇਰੇ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਜਾਣ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਰਹਿਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ।

◯ ਹੁਣ, ਮੇਰੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ।

ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੇ?

ਉਸ ਵਾਕ ਦੇ ਅੱਗੇ X ਲਗਾਓ ਇੱਕ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

◯ **ਸੰਪੂਰਨ ਲਚਕਤਾ:** ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦਿੱਕਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੇ ਮੇਰੇ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਲਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਬਦਲਦਾ ਹੈ ਜੇ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਸ ਸਮੇਂ ਮੇਰੇ ਲਈ ਇਹ ਸਰਵੋਤਮ ਹੈ।

◯ **ਥੋੜ੍ਹੀ ਲਚਕਤਾ:** ਜੇ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਸਰਵੋਤਮ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦਿੱਕਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੇ ਮੇਰੇ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਕੁਝ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਬਦਲਦਾ ਹੈ। ਪਰ, ਇਹ ਕੁਝ ਇੱਛਾਵਾਂ ਹਨ ਜੋ ਮੈਂ ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਬਦਲਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ:

______

______

◯ **ਕੋਈ ਲਚਕਤਾ ਨਹੀਂ:** ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਫੇਰ ਬਦਲ ਦੇ ਪਾਲਣਾ ਕਰੇ। ਚਾਹੇ ਡਾਕਟਰ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰੇ ਤਾਂ ਵੀ, ਮੇਰੇ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਉਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਲੈਣ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਭਾਗ 2 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਪੂਰਾ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਨਾ 14 'ਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਭਾਗ 2 ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਚੋਣਾਂ ਆਪ ਕਰੋ

ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਮਹੱਤਤਾ ਹੈ: ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜੀਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਦੂਸਰੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕੇ ਜ਼ਿੰਦਾ ਰਹਿਣਾ ਹੈ ਚਾਹੇ ਕਿ:

- ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਤੇ ਜ਼ਿੰਦਾ ਰੱਖਣਾ ਪਿਆ ਅਤੇ ਉਹ ਦੁੱਖ ਝੱਲ ਰਹੇ ਹਨ
- ਉਹ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹਨ

ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਵਧੀਆ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜੀਣਾ ਅਤੇ ਅਰਾਮ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ।

- ਇਹ ਲੋਕ ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅੱਧ ਵਿਚਕਾਰ ਮਸ਼ੀਨਾਂ 'ਤੇ

ਜ਼ਿੰਦਾਂ ਰਹਿਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ। **ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ?**

ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਸਿਹਤ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਅਲੱਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਅੱਜ, ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਸਿਹਤ

ਆਪਣੀ ਵਰਤਮਾਨ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ, ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ ਕਿਵੇਂ ਦਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਇਹ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਲਾਈਨ ਨਾਲ X ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਚਾਹੇ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਮੇਰਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਹੋ ਸਕੇ ਜ਼ਿੰਦਾ ਰਹਿਣਾ।

ਬਰਾਬਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ

ਮੇਰਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਹੈ ਵਧੀਆ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਅਤੇ ਅਰਾਮ ਨਾਲ ਰਹਿਣ 'ਤੇ ਫੋਕਸ ਕਰਨਾ।

ਜਿੰਦਗੀ ਦੇ ਅੰਤ 'ਤੇ

ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋਗੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੰਨੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਲਦੀ ਮਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਇਸ ਲਾਈਨ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ X ਲਗਾਓ।

ਚਾਹੇ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਮੇਰਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਹੋ ਸਕੇ ਜਿੰਦਾ ਰਹਿਣਾ।

ਬਰਾਬਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ

ਮੇਰਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਹੈ ਵਧੀਆ ਜਿੰਦਗੀ ਅਤੇ ਅਰਾਮ ਨਾਲ ਰਹਿਣ 'ਤੇ ਫੋਕਸ ਕਰਨਾ।

**ਜਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਮਹੱਤਤਾ ਹੈ: ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਜਿੰਦਗੀ ਜੀਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਦੂਸਰੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ?**

ਜਿੰਦਗੀ ਦੇ ਅੰਤ 'ਤੇ, ਕੁਝ ਲੋਕ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਜੀਉਣ ਦੇ ਮੌਕੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਵਨ ਜੀਉਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਹੋਰ ਲੋਕ ਜਾਣਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੁਝ ਚੀਜ਼ਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਲਈ ਬਹੁਤ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜਿੰਦਗੀ ਦੇ ਅੰਤ 'ਤੇ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਚੀਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਲਈ ਬਹੁਤ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ?

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕੇ ਉਹਨਾਂ ਚਿਰ ਜੀਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਆਰਾਮ ਤੇ ਫੋਕਸ ਕਰਨਾ ਸਿਖਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕਿਉਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਜਾਓ।

☐ ਕੋਮਾ ਵਿੱਚ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਜਾਗਣ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣਾ

☐ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਬਿਨਾਂ ਜੀਵਿਤ ਰਹਿਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣਾ

☐ ਆਪਣੇ ਲਈ ਸੋਚਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਿਮੈਂਸ਼ੀਆ

☐ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਖੁਆਉਣ, ਨਹਾਉਣ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣਾ

☐ ਆਪਣੇ ਆਪ ਜਿਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣਾ

☐ ਕੁਝ ਹੋਰ ______________________________

____

☐ **ਜਾਂ**, ਲੰਬਾ ਜਿਉਣ ਦੇ ਮੌਕੇ ਲਈ ਮੈਂ ਇੰਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜਾਂ ਨੂੰ ਝੇਲਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਾਂ।

ਕੀ ਧਰਮ ਜਾਂ ਅਧਿਆਤਮਿਕਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ? ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਧਰਮ ਕੀ ਹੈ? ______________________________

ਤੁਹਾਡੇ ਧਰਮ ਅਤੇ ਅਧਿਆਤਮਿਕ ਵਿਸ਼ਵਾਸਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਕੀ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

____

____

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਮਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਥੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੋਂਗੇ?

◯ ਘਰ ਵਿੱਚ ◯ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ◯ ਦੋਵੇਂ ਥਾਂ 'ਤੇ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਿਵੇਂ ਬਿਠਾਉਂਦੇ ਹੋ?

ਕਈ ਵਾਰ ਲੰਬਾ ਜਿਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ, ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਰਦ, ਦੁਸ਼ਪ੍ਰਭਾਵ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੇ ਆਯੋਗ ਬਣਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪੂਰੇ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਚੋਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ।

ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਅੰਤ 'ਤੇ, ਕੁਝ ਲੋਕ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਜੀਉਣ ਦੇ ਮੌਕੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਵਨ ਜੀਉਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਹੋਰ ਲੋਕ ਜਾਣਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੁਝ ਚੀਜ਼ਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਲਈ ਬਹੁਤ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਸਿਸਟਮ CPR, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ, ਫੀਡਿੰਗ ਟਿਊਬਾਂ, ਡਾਇਲਸਿਸ, ਜਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਫਿਊਜ਼ਨ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪਸੰਦ ਚੁਣੋ ਜਿਸ ਇੱਕ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਜਿਆਦਾ ਬਿਮਾਰ ਹੋਵੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੇਤੀ ਹੀ ਮਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿਉਂਗੇ?

- ◯ **ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ** ਜਿਹੜੇ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਲਾਜ ਨੇ ਕੰਮ ਨਾ ਕੀਤਾ, ਮੇਰੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜਿਸਨੂੰ ਮੈਂ ਜੀ ਸਕਾਂ ਉਸਦੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿੰਨੀ ਉਮੀਦ ਵੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ **ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਦੇ ਇਲਾਜਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿਣਾ** ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ।
- ◯ ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਇਲਾਜਾਂ **ਦਾ ਟ੍ਰਾਇਲ ਕਰਨਾ**। ਲੇਕਿਨ, ਜੇ ਇਲਾਜ ਨੇ ਕੰਮ ਨਾ ਕੀਤਾ, ਮੇਰੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜਿਸਨੂੰ ਮੈਂ ਜੀ ਸਕਾਂ ਉਸਦੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿੰਨੀ ਉਮੀਦ ਵੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ **ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਦੇ ਇਲਾਜਾਂ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ**।
- ◯ **ਮੈਂ ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ**, ਅਤੇ ਮੈਂ ਅਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ 'ਤੇ ਫੋਕਸ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ **ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ**।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਜਾਓ।

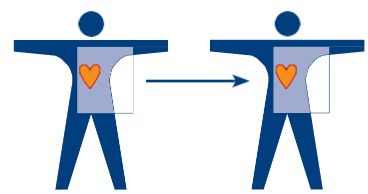
ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ

ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਇਸ ਚੋਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਤਰਜੀਹਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਕੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਅੰਗ ਦਾਨ ਅਤੇ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਅੰਗ ਦਾਨ

ਕੁਝ ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਅੰਗਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰੀਰ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਦਾਨ ਦੇਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ?



- ◯ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗ ਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ **ਹਾਂ**।
- ◯ ਮੈਂ **ਆਪਣੇ ਅੰਗਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰੀਰ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਦਾਨ**ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗ ਦਾਨ ਜਾਂ ਸ਼ਰੀਰ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੇ ਦਾਨ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਕੀ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ

ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ

ਕਿਸੇ ਦੀ ਮੌਤ ਕਿਵੇਂ ਹੋਈ ਹੈ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਦਿਨ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ।

- ◯ ਮੈਂ **ਆਟੋਪਸੀ** ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ।
- ◯ ਮੈਂ **ਆਟੋਪਸੀ** ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ।
- ◯ ਮੈਂ **ਸਿਰਫ** ਉਦੋਂ ਹੀ ਆਟੋਪਸੀ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ ਜੇ ਮੇਰੀ ਮੌਤ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹੋਣ।

ਸਸਕਾਰ ਜਾਂ ਦਫ਼ਨਾਉਣ ਸੰਬੰਧੀ ਇੱਛਾਵਾਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ਰੀਰ ਨਾਲ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਵਿਵਹਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੰਸਕਾਰ ਜਾਂ ਦਫ਼ਨਾਉਣ ਸੰਬੰਧੀ ਇੱਛਾਵਾਂ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਕੀ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ

ਭਾਗ 3 ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ

ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਰੂਰ:

- ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜੇ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ
- ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦੋ ਗਵਾਹਾਂ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਹਸਤਾਖਰ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ।

ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਮਿਤੀ ਪਾਓ

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

ਪਤਾ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਗਵਾਹਾਂ ਨੂੰ ਪੰਨਾ 17 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਗਵਾਹ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 18 'ਤੇ ਨੋਟਰੀ ਨੂੰ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਗਵਾਹ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ

ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ 'ਤੇ 2 ਗਵਾਹਾਂ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਵਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਨੋਟਰੀ ਦਾ ਕੰਮ ਇਹ ਦੇਖਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਹੀ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

ਤੁਹਾਡਾ ਗਵਾਹ ਜਰੂਰ:

- 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਦਾ ਹੋਵੇ
- ਸਹਿਮਤ ਹੋਵੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੀ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਸਨ

ਤੁਹਾਡਾ ਗਵਾਹ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਤਾ
- ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ
- ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ
- ਉੱਥੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਪੰਨਾ 13 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਇਹ ਵੀ, ਇੱਕ ਗਵਾਹ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ:

- ਚਾਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਵੇ
- ਤੁਹਾਡੇ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ (ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪੈਸਾ ਜਾਂ ਸੰਪਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ) ਆਰਥਿਕ ਲਾਭ

ਗਵਾਹਾਂ ਨੂੰ ਪੰਨਾ 17 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਗਵਾਹ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 18 'ਤੇ ਨੋਟਰੀ ਨੂੰ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਗਵਾਹਾਂ ਨੇ ਆਪਣੇ ਨਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰ ਦਿੱਤੇ ਹਨ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

ਹਸਤਾਖਰ ਦੁਆਰਾ, ਮੈਂ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ____________________

(ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ)

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਸਨ। ਉਹ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੋਚ ਰਹੇ ਸਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਲਈ ਮਜਬੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਉਹ ਸਾਬਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਕੌਣ ਸਨ
- ਮੈਂ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਹਾਂ
- ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਤਾ ਨਹੀਂ ਹਾਂ
- ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਹੀਂ ਹਾਂ
- ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ
- ਮੈਂ ਉੱਥੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਿੱਥੇ ਉਹ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ

ਇੱਕ ਗਵਾਹ ਨੂੰ ਇਹ ਵਚਨ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਖੂਨ, ਵਿਆਹ, ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ
- ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਨੂੰ (ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪੈਸਾ ਜਾਂ ਸੰਪਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ) ਆਰਥਿਕ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਮਿਲੇਗਾ

ਗਵਾਹਾਂਨੂੰ ਪੰਨਾ 17 ਤੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਗਵਾਹ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 18 'ਤੇ ਲੋੜਵੰਦਾਂ ਨੂੰ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਗਵਾਹ #1

ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਮਿਤੀ

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

ਪਤਾ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਗਵਾਹ #2

ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਮਿਤੀ

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

ਪਤਾ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੋ।

ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤਾਂ, ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ। ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਨ ਲਈ www.prepareforyourcare.org. 'ਤੇ ਜਾਓ

ਕਾਪੀਰਾਈਟ © The Regents of the University of California, 2016

ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ: ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ ਜੇ ਦੋ ਗਵਾਹਾਂ ਨੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਫ਼ੋਟੋ ID (ਡਰਾਇਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੰਸ, ਪਾਸਪੋਰਟ, ਆਦਿ) ਲਿਆਓ।

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California

County of ___________

On _________________ before me, ____ , personally

Date — Here insert name and title of the officer

appeared ____

Names(s) of Signer(s)

____

who proved to me the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _______________________________________

Signature of Notary Public

(Notary Seal)

Description of Attached Document

Title or type of document: ___________________

Date: _________ Number of pages: ___________

RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER

Top of thumb here

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: ___________________________

- ○ Individual
- ○ Guardian or conservator
- ○ Other _________________________________

ਸਿਰਫ਼ California ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਦਿਓ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ। California ਦੇ ਕਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਨੂੰ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਿਵ ਦੇ ਗਵਾਹ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਰੋਗੀ ਦੇ ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਦਾ ਬਿਆਨ

"ਮੈਂ California ਦੇ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਝੂਠ ਬੋਲਣ ਦੀ ਸਜਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਰੋਗੀ ਦਾ ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਓਮਬੈਡਸਮੈਨ ਹਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਟੇਟ ਆਫ ਏਜਿੰਗ ਵਿਭਾਗ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਪ੍ਰੋਬੇਟ ਕੋਡ ਦੀ ਧਾਰਾ 4675 ਦੇ ਅਧੀਨ ਇੱਕ ਗਵਾਹ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ।"

______________________________ _______________
ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ | ਮਿਤੀ ਪਾਓ

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ | ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

ਪਤਾ | ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਇਹ ਅਗਾਊਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ California ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। http://leginfo.legislature.ca.gov/
ਕਾਪੀਰਾਈਟ © The Regents of the University of California, 2016. ਸਾਰੇ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵੇਂ ਹਨ। 4/7/2017 ਨੂੰ ਸੋਧਿਆ ਗਿਆ। **ਹੋਰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਨ ਲਈ www.prepareforyourcare.org** 'ਤੇ ਜਾਓ