



የቅድሚያ እንክብካቤ እቅድ

አጠቃላይ እይታ እና ቅድመ መመሪያ

Overview and Advance Directive - Amharic Translation



Honoring Choices®
PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF



Washington State
Hospital Association



Foundation
for Health Care Improvement

This form meets the requirements of Washington state law. (ይህ ቅጽ የዋሽንግተን ግዛት ሕግ መስፈርቶችን ያሟላል።)

ቅድመ እንክብካቤ እቅድ ምንድን ነው?

የቅድሚያ እንክብካቤ እቅድ ወደፊት ሊፈልጉት ስለሚችሉት የጤና እንክብካቤ ማሰብ ነው። ይህ ዓይነቱ እቅድ ለእርስዎ አስፈላጊ የሆነውን ማውራት፣ መጻፍ እና ማካፈልን ያካትታል። ይህ የራስዎን ውሳኔ ማድረግ ካልቻሉ ሌሎች የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን እንዲያደርጉልዎት ይረዳል። በዚህ ሁኔታ፣ ለእርስዎ ቅርብ የሆነ ሰው ለእርስዎ መወሰን ያስፈልገዋል። ይህ ሰው የጤና እንክብካቤ ወኪል፣ በተጨማሪም ጠበቃ-በእውነት፣ ምትክ፣ ወይም ህጋዊ የህክምና ውሳኔ ሰጭ በመባልም ይታወቃል።

የጤና እንክብካቤ ውሳኔ እንዴት እንዲያደርጉልዎት እንደሚፈልጉ በማጋራት የጤና እንክብካቤ ወኪሎቻችሁን ማዘጋጀትዎ አስፈላጊ ነው።

የቅድሚያ መመሪያ ምንድን ነው?

የቅድሚያ መመሪያ የቅድሚያ እንክብካቤ እቅድ ውሳኔዎችን ለመጻፍ በፈቃደኝነት የሚሰጥ ህጋዊ መንገድ ነው። የቅድሚያ መመሪያዎን ለርስዎ አስፈላጊ ለሆኑ ሰዎች—እንደ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ እና ለሚወዷቸው—እና ለጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ፣ ከሊኒክ እና ሆስፒታል ማጋራት አለብዎት። የቅድሚያ መመሪያ በየጊዜው መሻሻል/መዘመን አለበት። ዕድሜያቸው 18 እና ከዚያ በላይ የሆኑ ሁሉም አዋቂዎች የቅድሚያ መመሪያን መሙላት ይችላሉ።

በዋሽንግተን ግዛት ውስጥ ሁለት ዓይነት የቅድሚያ መመሪያዎች አሉ፡ - 1) ለጤና እንክብካቤ ዘላቂ የጠበቃ ስልጣን እና 2) የጤና እንክብካቤ መመሪያ።

በዚህ ቡክሌት ውስጥ ያለው የቅድሚያ መመሪያ ለ durable power of attorney for health care (DPOA-HC፣ የጤና እንክብካቤ ዘላቂ የውክልና ስልጣን) ነው። DPOA-HC በዋሽንግተን ግዛት ህግ (ምዕራፍ 11.125 Revised Code of Washington (RCW፣ የተሻሻለው የዋሺንግተን ደንብ)) ላይ

የተመሰረተ ነው። ይህ ህጋዊ ፎርም የራስዎን ውሳኔ ማድረግ ካልቻሉ የጤና እንክብካቤ ውሳኔ እንዲያደርጉልዎት የጤና እንክብካቤ ወኪልዎን እንዲሰይሙ ያስችልዎታል። ይህ ቅጽ ግቦችዎን፣ እሴቶችዎን፣ እና ምርጫዎችዎን በማጋራት የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ እንዲዘጋጅ ያግዝዎታል። ምኞቶችዎ መከበራቸውን ለማረጋገጥ ምርጡ መንገድ የጤና እንክብካቤ ወኪልን መሰየም እና ማዘጋጀት እንደሆነ ጥናቶች ያሳያሉ።

በዚህ ቡክሌት ውስጥ ያለው የቅድሚያ መመሪያ የጤና እንክብካቤ መመሪያ አይደለም (ምዕራፍ 70.122 RCW)። የጤና አጠባበቅ መመሪያዎች የሕይወት ኑዛዜ በመባልም ይታወቃሉ። በዋሽንግተን ግዛት ህግ መሰረት ህይወትን የሚጠብቅ ህክምናን ለማቋረጥ ወይም ለመከልከል መመሪያ የሆነውን የጤና አጠባበቅ መመሪያን መሙላት ሊያስቡበት ይችላሉ። ስለ የጤና እንክብካቤ መምሪያ የበለጠ መረጃ፣ www.HonoringChoicesPNW.org ን ይጎብኙ፣ ወይም ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ጋር ይነጋገሩ።

የጤና እንክብካቤ ወኪል ምንድን ነው?

የጤና እንክብካቤ ወኪል የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ለራስዎ መወሰን ካልቻሉ ለእርስዎ እንዲወስንልዎት የሚመርጡት ሰው ነው። ለህክምና እንደ የግል እሴቶች እና ግቦች ያሉ ለእርስዎ አስፈላጊ የሆነውን ለጤና እንክብካቤ ወኪልዎ መንገር አለብዎት። ይህ መረጃ የራስዎን ውሳኔ ማድረግ ካልቻሉ የእርስዎን የጤና እንክብካቤ ወኪል እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች እርስዎን ወክለው የሚቻለውን ውሳኔ እንዲያደርጉ ሊመራ ይችላል። ይህንን የቅድሚያ መመሪያ በማጠናቀቅ (ለጤና እንክብካቤ ዘላቂ የውክልና ስልጣን) ይህ ሰው ስለ እርስዎ እንክብካቤ ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ ጋር ውሳኔ እንዲሰጥ ያስችላሉ። የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ እንደ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ ለመረጠልዎት እንክብካቤ በግል የገንዘብ ሃላፊነት አይወስድም።

ጥሩ የጤና እንክብካቤ ወኪል የሚያደርገው ምንድን ነው?

የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ፡ -

- ✓ የጤና እንክብካቤ ወኪል ምን እንደሚሰራ መረዳት እና ይህን ሚና ለመሙላት ፈቃደኛ መሆን አለበት።
- ✓ አላማዎችዎን፣ እሴቶችዎን እና ምርጫዎችዎን ለጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ ማጋራት እና “በደንብ መኖር” ወይም “መልካም ቀን” ለእርስዎ ምን ማለት እንደሆነ ማብራራት አለበት።
- ✓ በውሳኔዎችዎ የማይስማሙ ቢሆኑም እንኳ ውሳኔዎችዎን ማድረግ አለበት።
- ✓ በአስቸጋሪ ወይም አስጨናቂ ጊዜ ውስጥ ውሳኔዎችን ማድረግ መቻል አለበት።

የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ የሚከተሉትን መሆን አይችልም፡ -

- ✗ ከ18 አመት ቢታች።
- ✗ ሐኪምዎ ወይም የሐኪምዎ ተቀጣሪ (የእርስዎ የትዳር ጓደኛ፣ የግዛቱ የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋር፣ ወላጅ፣ አዋቂ ልጅ ወይም አዋቂ ወንድም ወይም እህት ካልሆኑ በስተቀር)።
- ✗ የጤና እንክብካቤ ተቋም ባለቤት፣ አስተዳዳሪ ወይም ሰራተኛ ወይም እርስዎ እንክብካቤ የሚያገኙበት ወይም የሚኖሩበት የረጅም ጊዜ እንክብካቤ ተቋም (ትዳር ጓደኛዎ ካልሆኑ በስተቀር፣ የመንግስት የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋር፣ ወላጅ፣ ጎልማሳ ልጅ፣ ወይም አዋቂ ወንድም ወይም እህት)።



የጤና እንክብካቤ ወኪል ምን ማድረግ ይችላል?

የራስዎን የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች ማድረግ ካልቻሉ፣ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን እንዲሰጥ ይጠየቃል። የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ በዚህ የቅድሚያ መመሪያ እና በንግግሮች ውስጥ የሚያካፍሉትን መረጃ የእርስዎን እንክብካቤ ለመምራት ሊጠቀምበት ይችላል።

ከስቴት ህግ ጋር በመስማማት እና ስለእርስዎ ግቦች፣ እሴቶች፣ እና ምርጫዎች ያላቸውን ግንዛቤ በመጠቀም የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ የሚከተሉትን ማድረግ ይችላል፡ -

- ሲፒ.አር፣ መተንፈሻ ማሽን፣ የምግብ ቱቦ እና ሌሎች ህክምናዎችን ጨምሮ ስለ ህክምናዎች እና ቀዶ ጥገናዎች መወሰን።
- የህይወት ድጋፍ ህክምናን ለማቆም መወሰን እና በምችት እንክብካቤ ላይ ማተኮር።
- ለእርስዎ እንክብካቤ የህክምና መዝገቦችን መገምገም እና መልቀቅ እና/ወይም እርስዎን ወክሎ ለጤና እንክብካቤ ኢንሹራንስ ጥቅማጥቅሞች ማመልከት።
- የእርስዎን የጤና አገልግሎት ለመስጠት የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችን እና ድርጅቶችን መምረጥ።

ሲፒ.አር ምንድን ነው?

ሲፒ.አር ልብዎ እና አተነፋፈሪዎ በሚቆምበት ጊዜ ጥቅም ላይ የሚውል ሂደት ነው። ሰውነትዎ ጤናማ ከሆነ እና ሲፒ.አር ልብዎ ከቆመ በኋላ ወዲያውኑ ከተጀመረ ሲፒ.አር በተሻለ ሁኔታ ይሰራል። ደካማ፣ አረጋግ፣ ወይም ከባድ ሕመም ካለብዎ ሲፒ.አር ስኬታማ የመሆን ዕድሉ አነስተኛ ነው።

ከተረፉ፣ በተዳከመ ሳንባ ምክንያት አየር ማናፈሻ (መተንፈሻ ማሽን) ሊያስፈልግዎት ይችላል። ሲፒ.አር ግቦችዎን የሚያሟላ እንደሆነ ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ ጋር መነጋገር አስፈላጊ ነው።

በዋሽንግተን ግዛት ውስጥ መደበኛ እንክብካቤ ልባቸው እና አተነፋፈላቸው ለቆመ ሰዎች ሲፒ.አር መስጠት ነው። የሲፒ.አር ምኞቶችዎን በዚህ DPOA-HC ቅጽ ላይ ማጋራት ሆስፒታል ከገቡ “የኮድ ሁኔታዎን” ሊመራ ይችላል። ኮድ ሁኔታ ማለት አንድ ሰው ልቡ ወይም አተነፋፈሉ ከቆመ በ ሆስፒታል ውስጥ የሚያገኘው ወይም የማያገኘው የድንገተኛ ህክምና አይነት ነው።

በሆስፒታል ውስጥ ሲፒ.አር ላለመቀበል የመረጡ አንዳንድ ሰዎች ሲፒ.አር በሌሎች ቦታዎችም አይፈልጉም። በዚህ ሁኔታ Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST፣ ተንቀሳቃሽ የህይወት ማቆያ ህክምናን) ስለማሟላት የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎን መጠየቅ አለብዎት። POLST የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ለድንገተኛ ምላሽ ሰጭዎች እና ለሌሎች የህክምና ባለሙያዎች የሚያስተላልፍ የህክምና ትእዛዝ ነው።

የህይወት ድጋፍ ምንድን ነው?

የህይወት ድጋፍ (የህይወት ማቆየት በመባልም ይታወቃል) ህክምናዎች አስፈላጊ የሰውነት ተግባራትን በመደገፍ ወይም በመተካት እርስዎን የሚያቆዩ ህክምናዎች ናቸው። እነዚህ ህክምናዎች የሕክምና ሁኔታዎችን አያድኑም። እርስዎ እስኪሻልዎት ድረስ ወይም ከሕይወት ድጋፍ እስካልተወሰዱ እና በተፈጥሮ መሞት እስኪፈቀድልዎት ድረስ በሕይወት ይቆዩዎታል። አንዳንድ የህይወት ድጋፍ ሕክምናዎች ምሳሌዎች ሲፒ.አር፣ መተንፈሻ ማሽኖች፣ የምግብ ቱቦዎች፣ ደም መውሰድ እና የኩላሊት አጥበት ናቸው። ህመምን ማቃለል እና ማጽናኛ መስጠት የዕለት ተዕለት እንክብካቤ እና የማይታሰቡ የህይወት ድጋፍ ህክምናዎች አካል መሆናቸውን ማወቅ አስፈላጊ ነው።



የጤና እንክብካቤ ወኪል ካልሰየምኩ ምን ይሆናል?

የራስዎን የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች ማድረግ ካልቻሉ እና የጤና እንክብካቤ ወኪል ካልተሰየመ፣ የእርስዎ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች የእርስዎ የህክምና ውሳኔ ሰጪ ማን እንደሆነ ለመወሰን የዋሽንግተን ግዛት ህግን ይከተላሉ። ይህ ማለት የቤተሰብ አባላት ወይም ጓደኞች የጤና እንክብካቤ ውሳኔ እንዲያደርጉልዎት ይጠይቃሉ። ከዚህ በታች ካለው ዝርዝር ውስጥ ቤተሰብ ወይም ጓደኞች ተለይተው ሊታወቁ ካልቻሉ፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች እርስዎን ወክሎ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ለማድረግ ሞግዚት እንዲሾም ፍርድ ቤት ሊጠይቁ ይችላሉ።

የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ለርስዎ የሕክምና ውሳኔ ሰጭ እስኪያውቁ ድረስ በሚከተለው ትዕዛዝ ውስጥ ሰዎችን ያነጋግራሉ (ምዕራፍ 7.70.065 RCW)።

1. በፍርድ ቤት የተሾመ ሞግዚት (የሚሆን ከሆነ)
2. የተሰየመ የጤና እንክብካቤ ወኪል(ዎች)*
3. የትዳር ጓደኛ ወይም የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋር
4. አዋቂ ልጆች*
5. ወላጆች*
6. የአዋቂ ወንድም ወይም እህቶች*
7. ታማሚውን የሚያውቁ አዋቂ የልጅ ልጆች*
8. ታማሚውን የሚያውቁ የወንድም/የእህት ሴት እና ወንድ ልጆች*
9. ታማሚውን የሚያውቁ አክሲቶች እና አንቶች*
10. የተወሰኑ መስፈርቶችን የሚያሟላ የቅርብ አዋቂ ጓደኛ

* ከአንድ በላይ ሰው ላለው ቡድን፣ በቡድኑ ውስጥ ያለ ማንኛውም ሰው በእንክብካቤው መስማማት አለበት።

ጥቂት ሊተገበሩ የሚችሉ ሁኔታዎች ምንድናቸው?

ባለቤትዎን እንደ የጤና እንክብካቤ ወኪል መሰየም

በዚህ ቅጽ ላይ የትዳር ጓደኛዎን ወይም የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋርዎን እንደ ጤና እንክብካቤ ወኪል ከመረጡ፣ አንዳችሁም ለመበተን፣ ለመሻር ወይም ህጋዊ መለያየትን (ምዕራፍ 11.125.100 RCW) ካመለከቱ የሰየሙት ሰው የጤና እንክብካቤ ወኪል መሆን ያቆማሉ። ነገር ግን፣ ይህ ፎርም ከፍቺ በኋላም ቢሆን እንደ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ እንዲቀጥሉ መምረጥ ያስችልዎታል።

ይህ ሁኔታ እርስዎን የሚመለከት ከሆነ በዚህ ቅጽ ገጽ 1 ላይ ከዚህ መግለጫ ቀጥሎ ያለውን ይጀምሩ፡ - "ባለቤቴን ወይም የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋርን እንደ ጤና እንክብካቤ ወኪል ብሰይም እና በኋላ ትዳሩ እንዲፈርስ፣ እንዲሻር ወይም ህጋዊ መለያየት እንዲያገኝ ማመልከቻ ካስገባኝ፣ የጤና እንክብካቤ ወኪሌ ሆነው እንዲቀጥሉ አፈልጋለሁ።"

በዚህ ቅጽ የጤና እንክብካቤ ወኪል አለመሰየም

ምንም እንኳን የዚህ ቅጽ ዋና ግብ የጤና እንክብካቤ ወኪልን መሰየም ቢሆንም፣ ማንንም ያለመጥቀስ አማራጭ አለዎት። የጤና እንክብካቤ ወኪል ካልተሰየመ፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች እንደ እርስዎ የህክምና ውሳኔ ሰጪ (ምዕራፍ 7.70.065 RCW) እንደሚሰሩ ለማወቅ የዋሽንግተን ግዛት ህግን ይከተላሉ።

የዚህን ቅጽ ሌሎች ክፍሎች ካሟሉ፣ እንደ ቅድመ መመሪያ ሳይሆን እንደ የግል እሴት መግለጫ ይቆጠራል። የግል እሴቶች መግለጫ የእርስዎ ግቦች፣ እሴቶች፣ እና ምርጫዎች ማጠቃለያ ነው። ይህ መረጃ እርስዎን ወክለው ውሳኔዎችን እንዴት እንደሚወስኑ የህክምና ውሳኔ ሰጭዎን ሊመራ ይችላል።

ይህ ሁኔታ እርስዎን የሚመለከት ከሆነ በዚህ ቅጽ ገጽ 1 ላይ ከዚህ መግለጫ ቀጥሎ ያለውን ይጀምሩ፡ - "የጤና እንክብካቤ ወኪል አልሰይምም። በዚህ ቅጽ ላይ ግቦቴን እና እሴቶቴን በማካፈል፣ እንደ የግል እሴቶች መግለጫ እንጂ እንደ ቅድመ መመሪያ አይቆጠርም።"

በዚህ ሁኔታ በዋሽንግተን ስቴት ህግ መሰረት በ ተወሰኑ ሁኔታዎች ህይወትን የሚጠብቅ ህክምናን የማስወገድ ወይም የመከልከል መመሪያ የሆነውን የጤና አጠባበቅ መመሪያ፣ እንዲሁም የኑሮ ኑዛዜ ተብሎ የሚጠራውን መሙላት ሊያስቡበት ይችላሉ። ለበለጠ መረጃ፣ www.HonoringChoicesPNW.org ን ይጎብኙ፣ ወይም ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ጋር ይነጋገሩ።

በዚህ የቅድሚያ መመሪያ ምን ማድረግ አለብኝ?

ይህንን የቅድሚያ መመሪያ ሲያጠናቅቁ፣ ስለ ምኞቶችዎ ለእርስዎ — አስፈላጊ ለሆኑ ሰዎች እንደ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ እና ለሚወጁቸው እና ለጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ፣ ከሊኒክ እና ሆስፒታል ማጋራት እና ቅጂ መስጠት አለብዎት። የሚመለከት ከሆነ፣ ቅጂዎችን ከአረጋውያን መመሪያ ቤትዎ ወይም የመኖሪያ ተቋም ጋር መጋራት ያስቡበት። ሁሉም ሰው ቅጂ መያዙ አስፈላጊ ነው።

ሀሳቤን ብቀይርስ?

በቅድሚያ መመሪያዎ ውስጥ ስላሉት ውሳኔዎች ሃሳብዎን ከቀየሩ፣ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎን፣ ለምትወጁቸው ሰዎች፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች፣ ከሊኒክ እና ሆስፒታል ጨምሮ ቅጂ ላለው ሁሉ ይጎንገሩ። የቅድሚያ መመሪያዎን በማንኛውም ጊዜ መሻር ወይም መሰረዝ ይችላሉ። ለጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ደብዳቤ በመጻፍ (ፊርማዎን እና ቀኑን ያረጋግጡ) ወይም በቃላት በመጎንገር መሻር እንደሚፈልጉ መጎንገር ያስፈልግዎታል። አዲስ የቅድሚያ መመሪያን መሙላት አስፈላጊ ነው። የአዲሱን የቅድሚያ መመሪያ፣ ስለ ምኞቶችዎ ለእርስዎ — አስፈላጊ ለሆኑ ሰዎች እንደ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎ እና ለሚወጁቸው እና ለጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ፣ ከሊኒክ እና ሆስፒታል ቅጂ መስጠትዎን እርግጠኛ ይሁኑ።

የአካል እና የቲሹ ልገሳስ?

ለጋሽ መሆን ከፈለጉ፣ እባክዎን ለጤና እንክብካቤ ወኪልዎ፣ ቤተሰብ፣ እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ይጎንገሩ። እንዲሁም የእርስዎን የአካል ክፍሎች፣ ቲሹ እና የአይን ልገሳ ፍላጎቶችን በ www.registerme.org ላይ መመዝገብ ይችላሉ።

ከምትኩ በኋላ ሰውነቴን እንዴት እንደሚሆን የሚወስነው ማነው?

ይህ ቅጽ ቅሬተ አካልዎ እንዴት እንደሚወገድ አይመራም። በግዛት ህግ (ምዕራፍ 68.50.160 RCW) መሰረት ከሞቱ በኋላ ሰውነትዎ እንዴት እንደሚወገድ የሚገልጽ ፎርም መሙላት አስብዎት።

በ ቅድመ እንክብካቤ አቅድ ላይ እገዛ ካስፈለገኝ ማንን ማግኘት እችላለሁ?

Honoring Choices PNW እርስዎን ለመርዳት እዚህ አለ።

www.honoringchoicespnw.org/locations ን ይጎብኙ ወይም ለእርዳታ በ info@honoringchoicespnw.org ያነጋግሩን።

ATTENTION የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)

ስሜ (MY NAME): _____

የልደት ቀን (MY DATE OF BIRTH): / /

የጤና እንክብካቤ አቅራቢዬ
(MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

የአገልግሎት አቅራቢ አፈስ ስልክ
(PROVIDER OFFICE PHONE): ()

እባክዎን ምኞቶቼን አክብሩ (PLEASE HONOR MY WISHES)

የእኔ የጤና እንክብካቤ ወኪል (በDPOA-HC ላይ የተሰየመ)
(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)): _____

ግንኙነት: የሚገኘበት ዋና ስልክ (BEST PHONE): ()

የእኔ ☐ የቅድሚያ መመሪያ ☐ POLST በዚህ ላይ ሊገኝ ይችላል
(MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT): _____

የቅድሚያ መመሪያ:- ለጤና እንክብካቤ ዘላቂ የሆነ የጠበቃ ሃይል**ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

ይህ የቅድሚያ መመሪያ፣ ለጤና እንክብካቤ ዘላቂ የሆነ የጠበቃ ሃይል፣ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎን ለመሰየም እና ለማዘጋጀት ያስችልዎታል።

ይህ ቅጽ የዋሽንግተን ግዛት ሕግ መስፈርቶችን ያሟላል።

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

የእኔ መረጃ:-**My Information:**

ሙሉ ስም:-

FULL NAME:

የልደት ቀን:-

DATE OF BIRTH:

(ወር/ወር/ቀን/ዓ.ም.ዓ.ም)
(mm/dd/yyyy)

ተውላጠ ስሞች (አማራጭ):-

PRONOUNS (OPTIONAL):

(ለምሳሌ፣ እሱ/ሷ/እነሱ)
(i.e., he/she/they)**የጤና እንክብካቤ ወኪል መሰየም****NAMING A HEALTH CARE AGENT****የጤና እንክብካቤ ወኪል አድርጎ የሾምኩት ሰው የሚከተለው ነው:-****The person I designate as my health care agent is:**

ሙሉ ስም:-

FULL NAME:

ግንኙነት:-

RELATIONSHIP:

አድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛት፣ ዚፕ:-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

የሚገኙበት ዋና ስልክ:- ()

BEST PHONE:

ተውላጠ ስሞች (አማራጭ):-

PRONOUNS (optional):

ተለዋጭ ስልክ:- ()

ALTERNATE PHONE:

ተለዋጭ የጤና እንክብካቤ ወኪል አድርጎ የሾምኩት ሰዎች የሚከተሉት ናቸው:-**The people I designate as my alternate agents are:**

ከዚህ በላይ የተዘረዘረው ሰው የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ለማድረግ ካልቻለ ወይም ካልፈለገ፣ ከዚህ በታች የተዘረዘሩትን ሰዎች እንደ የመጀመሪያ እና ሁለተኛ አማራጭ የጤና እንክብካቤ ወኪሎቼ አድርጎ ሾምያለሁ።

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

የመጀመሪያ አማራጭ**First Alternate**

ሙሉ ስም:-

FULL NAME:

ግንኙነት:-

RELATIONSHIP:

አድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛት፣ ዚፕ:-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

የሚገኙበት ዋና ስልክ:- ()

BEST PHONE:

ተውላጠ ስሞች (አማራጭ):-

PRONOUNS (optional):

ተለዋጭ ስልክ:- ()

ALTERNATE PHONE:

ሁለተኛ አማራጭ**Second Alternate**

ሙሉ ስም:-

FULL NAME:

ግንኙነት:-

RELATIONSHIP:

አድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛት፣ ዚፕ:-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

የሚገኙበት ዋና ስልክ:- ()

BEST PHONE:

ተውላጠ ስሞች (አማራጭ):-

PRONOUNS (OPTIONAL):

ተለዋጭ ስልክ:- ()

ALTERNATE PHONE:

**Honoring Choices®**
PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF

Washington State
Hospital AssociationNSM Foundation
for Health Care Improvement

ስም:-

NAME:

የልደት ቀን:-

DATE OF BIRTH:

(ወር/ወር/ቀን/ዓ.ም.ዓ.ም)
(mm/dd/yyyy)

የጤና እንክብካቤ ወኪል መሰየም

NAMING A HEALTH CARE AGENT

ሊተገበሩ የሚችሉ ሁኔታዎች፡-

Situations that may apply:

እርስዎን የሚመለከቱ ከዚህ በታች ካሉት መግለጫዎች ቀጥሎ ቀዳሚ ነው። እርስዎን የሚመለከቱ መግለጫዎችን መሰረዝ ይችላሉ። ለበለጠ መረጃ፡ የACP አጠቃላይ እይታን ይመልከቱ፤ www.HonoringChoicesPNW.org ን ይጎብኙ፤ ወይም ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ጋር ይነጋገሩ።

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

- ሳለቤቴን ወይም የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋርን እንደ ጤና እንክብካቤ ወኪል ብሰደም እና በኋላ ትዳሩ እንዲፈርስ፤ እንዲሻር ወይም ህጋዊ መለያየት እንዲያገኝ ማመልከቻ ካስገባን፤ የጤና እንክብካቤ ወኪል ሆነው እንዲቀጥሉ እፈልጋለሁ።
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.
- የጤና እንክብካቤ ወኪል አልሰይምም። በዚህ ቅጽ ላይ ግቦቼን እና እሴቶቼን በማካፈል፤ እንደ የግል እሴቶች መግለጫ እንጂ እንደ ቅድመ መመሪያ አይቆጠርም።
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

የጤና እንክብካቤ ወኪል በማዘጋጀት ላይ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ለእኔ በጣም ዋጋ ያለው ነገር ምንድን ነው?

What matters most to me?

ይህ ክፍል ለእርስዎ በጣም ዋጋ ስላለው ነገር እንዲያስቡ ያግዝዎታል። ይህ መረጃ ለእርስዎ አስፈላጊ የሆኑትን ሰዎች—እንደ የእርስዎ የጤና እንክብካቤ ወኪል እና የሚወዷቸው ሰዎች—የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን እርስዎ እራስዎ ማድረግ ካልቻሉ እንዲወስኑ ሊመራቸው ይችላል።

ማጋራትን ግምት ውስጥ ያስገቡ፡-

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- በአእምሮ እና በአካል ምን ማድረግ ይወዳሉ?
What do you love to do, mentally and physically?
- ማን እንደሆኑ እና ከማን ጋር እንዳሉ ማወቅ ለእርስዎ ምን ያህል አስፈላጊ ነው?
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- ከቤተሰብ እና ከጓደኞች ጋር መገናኘት ለእርስዎ ምን ያህል አስፈላጊ ነው?
How important is communicating with family and friends to you?
- "በአራፍ መኖር" ወይም "መልካም ቀን" ለእርስዎ ምን ይመስላል?
What does "living well" or "a good day" look like to you?
- በህይወቶ የበለጠ ዋጋ የሚሰጡት ነገር ምንድን ነው?
What do you value most in your life?

ለእኔ በጣም ዋጋ ያለው ነገር የሚከተለው ነው፡- (በደምብ ይግለጹ። ካስፈለገ ተጨማሪ ገጾችን ያክሉ።)

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

ስም፡-

NAME:

የልደት ቀን፡-

DATE OF BIRTH:

/ /
(ወር/ወር/ቀን/ዓ.ምዓ.ም)
(mm/dd/yyyy)

የጤና አንክብካቤ ወኪል በማዘጋጀት ላይ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

እምነቶቼ፣ ምርጫዎቼ፣ እና ልምዶቼ ምንድን ናቸው?

What are my beliefs, preferences, and practices?

ለእርስዎ አስፈላጊ ለሆኑ ሰዎች—እንደ የእርስዎ የጤና አጠባበቅ ወኪል እና የሚወዷቸው ሰዎች—እና የእርስዎ የጤና አንክብካቤ ቡድን ስለእርስዎ እምነት፣ ምርጫዎች እና ልምዶች ማወቅ አስፈላጊ ነው። ማጋራትን ግምት ውስጥ ያስገቡ፡-

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- በአስቸጋሪ ጊዜያት ድጋፍ፣ መጽናናት እና ጥንካሬ ምን ይሰጥዎታል?
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- ምን ዓይነት ሕክምና ይፈልጋሉ ወይም አይፈልጉም (ለምሳሌ፡ ደም መውሰድ፣ የህመም ማስታገሻ፣ ሰው ሰራሽ አመጋገብ)?
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- በእርስዎ ማህበረሰብ፣ ባህል፣ ወይም ቤተሰብ ውስጥ የጤና አንክብካቤ ውሳኔዎች እንዴት ይደረጋሉ?
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

የሚከተሉት እምነቶቼ፣ ምርጫዎች እና ልምዶች ለእኔ አስፈላጊ ናቸው፡- (በደምብ ይግለጹ። ካስፈለገ ተጨማሪ ገጾችን ያክሉ።)

The following beliefs, preferences, and practices are important to me: (Be specific. Add pages if needed.)

እምነቶቼን፣ ምርጫዎቼን እና ልማዶቼን ለመደገፍ የሚከተለውን ሰው(ዎች) እንዲያነጋግሩኝ አፈልጋለሁ፡- (የጤና አጠባበቅ ውሳኔዎችን ለማድረግ ስልጣን አይኖራቸውም።)

I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: (They will not have power to make health care decisions.)

ስም፡- _____
NAME: _____
ስልክ፡- () _____
PHONE: _____

ሚና፡- _____
ROLE: _____
ድርጅት፡- _____
ORGANIZATION: _____

ስም፡- _____
NAME: _____
የልደት ቀን፡- / / _____
DATE OF BIRTH: (ወር/ወር/ቀን/ዓ.ም.ም) _____
(mm/dd/yyyy)

የጤና እንክብካቤ ወኪል በማዘጋጀት ላይ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ለሚከተሉት ጥያቄዎች መልስ ስሰጥ፣ የጤና እንክብካቤ ምርጫዬን እያጋራሁ ነው። ለራሴ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ማድረግ ካልቻልኩ፣ የጤና እንክብካቤ ወኪል ይህንን መረጃ በመጠቀም ውሳኔዎቻቸውን እንዲመራ እፈልጋለሁ። ይህ መረጃ የእኔን እንክብካቤ ሊመራ እንደሚችል፣ ነገር ግን በእያንዳንዱ ሁኔታ ምኞቴን በትክክል መከተል ላይቻል እንደሚችል ተረድቻለሁ።

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

ሲ.ፒ.አር፡- ፍላጎቶቼ ምንድን ናቸው?

CPR: What are my wishes?

በዋሽንግተን ግዛት ውስጥ መደበኛ እንክብካቤ ልባቸው እና አተነፋፈሳቸው ለቆመ ሰዎች ካርዲዮፖሊሞናሪ ሪሲሲቴሽን (CPR) መስጠት ነው። ይህ ክፍል ሆስፒታል ከገቡ እና ልብዎ እና አተነፋፈስዎ ካቆመ (እንዲሁም “የኮድ ሁኔታ” በመባልም ይታወቃል) CPR ን ማከናወን አለመቻልዎን በተመለከተ ይህ ክፍል የጤና አጠባበቅ ወኪልዎን እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችን ሊመራ ይችላል።

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as “code status”).

ሆስፒታል ከገባሁ እና ልቤ እና ትንፋሼ ካቆሙ፡-

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- ☐ CPR (ሲ.ፒ.አር) እንዲሞከር እፈልጋለሁ።
I want CPR attempted.
- ☐ በጤንነቴ ላይ ለውጥ አስከፊተደረገ ድረስ እና እኔ ከሚከተሉት አንዱ ከሌለ የCPR ሙከራ እፈልጋለሁ፡-
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- በዚህ ገጽ ከገለጽኳቸው ግቦች እና እሴቶች ጋር የሚሄድ እና/ወይም ከጤና እንክብካቤ ወኪል ጋር የተነጋገርኩትን ህይወት የመኖር ትንሽ እድል ካለ ወይም
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
 - የማይድን በሽታ ወይም ጉዳት፣ እናም በቅርቡ ልሞት የምችል ከሆነ፣ ወይም
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
 - ምንም እንኳን ልቤ እንደገና መምታት ቢጀመርም የመትረፍ ትንሽ እድል ካለኝ።
Little chance of survival even if my heart is started again.
- ☐ CPR (ሲ.ፒ.አር) እንዲሞከር አልፈልግም። በተፈጥሯዊ መንገድ እንድሞት እንዲፈቀድልኝ እፈልጋለሁ። (ስለ POLST ቅጽ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎን ያነጋግሩ።)
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

የህይወት ድጋፍ፡- ፍላጎቶቼ ምንድን ናቸው?

Life Support: What are my wishes?

ከዚህ በታች ያለው ምላሽ የጤና እንክብካቤ ወኪልዎን እንዲመራ የታሰበ ነው። ለዚህ ጥያቄ መልስ መስጠት ይህን ቅጽ የጤና አጠባበቅ መመሪያ አያደርገውም፣ ይህም በዋሽንግተን ግዛት ህግ በተወሰኑ ሁኔታዎች ህይወትን የሚጠብቅ ህክምናን የማስወገድ ወይም የመከላከል መመሪያ ነው። ለበለጠ መረጃ፣ www.HonoringChoicesPNW.org ን ይጎብኙ፣ ወይም ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ጋር ይነጋግሩ።

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

በጣም ከመታመሜ ወይም ከመጎዳቴ የተነሳ በቅርቡ ልሞት የምችል ከሆነ ወይም ኮማ ውስጥ ብሆን እና ማገገም ካልቻልኩ፡

የጤና አጠባበቅ ወኪል የሚከተለውን እንዲያደርግ እፈልጋለሁ፡-

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- ☐ የማገገም ዕድሌ አነስተኛ ቢሆንም እንኳ እኔን በሕይወት ለማቆየት ሁሉንም የህይወት ድጋፍ ሕክምናዎችን እንዲጠቀም እፈልጋለሁ። በህይወት ድጋፍ ላይ መቆየት እፈልጋለሁ።
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- ☐ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎቼ እንዳገግም ሊረዱኝ ይችላሉ ብለው የሚያስቡትን ሁሉንም የህይወት ድጋፍ ሕክምናዎችን ይሞክሩ። ህክምናዎቼ ካልሰሩ እና ከግቦቼ እና እሴቶቼ ጋር የሚጣጣም ህይወት የመኖር እድሉ ትንሽ ከሆነ፣ በህይወት ድጋፍ ላይ መቆየት አልፈልግም። በዚያ ጊዜ፣ በተፈጥሯዊ መንገድ እንድሞት ይፈቀድልኝ።
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.
- ☐ በተፈጥሯዊ መንገድ እንድሞት ይፈቀድልኝ። በህይወት ድጋፍ ላይ መሆን አልፈልግም። የህይወት ድጋፍ ሕክምናዎች ከተጀመሩ፣ እንዲቆሙ እፈልጋለሁ።
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.
- ☐ የጤና እንክብካቤ ወኪል እንዲወስንልኝ እፈልጋለሁ።
I want my health care agent to decide for me.

ስም፡-

NAME:

የልደት ቀን፡-

DATE OF BIRTH:

(ወር/ወር/ቀን/ዓ.ም.ዓ.ም)
(mm/dd/yyyy)

የጤና እንክብካቤ ወኪል በማዘጋጀት ላይ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ተጨማሪ መመሪያዎች

Additional Directions

እየሞትኩ ከሆነ እና የሕክምና እንክብካቤ፣ የድጋፍ ሰርአቱ እና ሀብቴ የሚፈቅዱ ከሆነ ምርጫዬ መሞት ነው፡-

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

☐ በቤቴ ወይም በምወደው ሰው ቤት (ከተፈለገ ከሆስፒሲስ ጋር)፡፡

At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

☐ በሕክምና ተቋም፡፡

In a medical facility.

☐ ምርጫ የለኝም፡፡

I do not have a preference.

☐ ሌላ (እባክዎን ይግለጹ)፡-

Other (please describe):

ነፍሰ ጡር ከሆንኩ እና ለራሴ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ማድረግ ካልቻልኩ፣ የእኔ የጤና እንክብካቤ ወኪሎች እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች በእኔ ምትክ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ሲያደርጉ የሚከተሉትን ከግምት ውስጥ እንዲያስገቡ እፈልጋለሁ፡-

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

ስለ የጤና እንክብካቤ ምኞቶችዎ የእርስዎ የጤና እንክብካቤ ወኪል፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ወይም ሌሎች እንዲያውቁ የሚፈልጉትን ማንኛውንም ተጨማሪ መረጃ ይጻፉ፡፡ እባክዎን የአካል ክፍሎችን የመለገስ ምኞቶችዎ እና የቅሪትዎ እቅድ ለየብቻ መመዝገብ አለባቸው፡፡

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

ስም፡-

NAME:

የልደት ቀን፡-

DATE OF BIRTH:

(ወር/ወር/ቀን/ዓ.ም.ዓ.ም)
(mm/dd/yyyy)

ለጤና እንክብካቤ ወኪል ስልጣን መስጠት

AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

የጠቅላላ ባለስልጣን እና የጤና አጠባበቅ ወኪል ስልጣኖች መግለጫ፡- የራሴን ውሳኔ ማድረግ በማልችልበት ጊዜ የጤና እንክብካቤ ወኪል ለህክምና ፈቃድ እንዲሰጥ ስልጣን ሰጥቻለሁ። እንደ ሲ.ፒ.አር፣ መተንፈሻ ማሽኖች፣ የመመገቢያ ቱቦዎች፣ ደም መውሰድ እና የኩላሊት አጥበት የመሳሰሉ የህይወት ድጋፍ ሕክምናዎችን በተመለከተ የጤና እንክብካቤ ወኪል ምኞቴን እንዲፈጽም ስልጣን ሰጥቻለሁ። ይህ ሕክምናን ለመጀመር፣ ለመቀጠል ወይም ለማቆም ፈቃድን ይጨምራል።

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

ለሚከተሉት እመስክራለሁ፡- ለጤና እንክብካቤ ዘላቂ ስለሆነ የጠበቃ ስልጣን (DPOA-HC) አስፈላጊነት እና ትርጉም ተረድቻለሁ። ይህ ቅጽ የእኔን የጤና እንክብካቤ ወኪል ምርጫዎች እና ግቦችን፣ እሴቶችን እና ምርጫዎችን ያንፀባርቃል። ይህንን ቅጽ በፈቃዴ ሞልቻለሁ። በአግባቡ እያሰብኩ ነው። በማንኛውም ጊዜ ሀሳቤን መለወጥ እንደምችል ተረድቻለሁ። ይህንን ቅጽ በማንኛውም ጊዜ መሻር እና መተካት እንደምችል ተረድቻለሁ። ለጤና እንክብካቤ ዘላቂ የሆነ የቀድሞ የጠበቃ ስልጣንን ሽርቻለሁ። አንድ ሐኪም ወይም ፈቃድ ያለው የሥነ ልቦና ባለሙያ የራሴን የጤና እንክብካቤ ውሳኔ የማድረግ አቅም እንደሌለኝ ከወሰነ ይህ DPOA-HC ውጤታማ እንዲሆን አፈልጋለሁ። ይህ መመሪያ የእኔ አቅም ቢስነት እስካለ ድረስ ይቀጥላል።

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

ፊርማዬ፡-

MY SIGNATURE:

ቀን፡-

DATE:

አድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛት፣ ዚፕ፡-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ምስክሮች ወይም የኖተሪ መስፈርቶች

Witnesses or Notary Requirement

ፊርማዎን በሁለት ሰዎች ማስመስከር አለብዎት ወይም በህዝብ ኖታሪ እውቅና ማግኘት አለብህ።

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

አማራጭ 1 -ሁለት ምስክሮች

OPTION 1 – TWO WITNESSES

ምስክርነት፡- ምስክር የመሆን ህግጋትን እንዳሟላ አውጃለሁ።

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

ምስክር #1 ፊርማ፡-

ቀን፡-

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

የታተመ ስም፡-

NAME PRINTED:

ምስክር #2 ፊርማ፡-

ቀን፡-

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

የታተመ ስም፡-

NAME PRINTED:

አማራጭ 2 -ኖታሪ

OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)

የዋሺንግተን ግዛት)

COUNTY OF)

የካውንቲ/ክውራጃ)

This record was acknowledged before me on this

day of

ይህ መዝገብ በፊት የተረጋገጠው በዚህ

ቀን ነው።

by (name of individual):

በ (የግለሰብ ስም)፡-

Signature:

Title:

Exp:

ፊርማ፡-

የስራ ማዕረግ፡-

Exp:

የምስክሮች ስሜት

Rules for Witnesses:

☒ ቢያንስ 18 ዓመት እና ብቁ መሆን አለባቸው።
Must be at least 18 years of age and competent.

☐ ከእርስዎ ወይም ከ ጤና አጠባበቅ ወኪልዎ ጋር በደም፣ በጋብቻ ወይም በግዛት የተመዘገበ የሀገር ውስጥ ዝምድና ሊኖረው አይችልም።
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.

☐ እርስዎ በሚኖሩበት የአዋቂ ቤተሰብ ቤት ወይም የረጅም ጊዜ እንክብካቤ የሚያገኙበት ቤት ውስጥ የቤት ለቤት እንክብካቤ አቅራቢ ወይም ተንከባካቢ ሊሆን አይችልም።
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.

☐ እርስዎ የሾሙት የጤና እንክብካቤ ወኪል ሊሆን አይችልም።
Cannot be your designated health care agent.

ስም፡-

NAME:

የልደት ቀን፡-

DATE OF BIRTH:

(ወር/ወር/ቀን/ዓ.ም/ዓ.ም)

(mm/dd/yyyy)