



ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਅਗੇਤੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ

ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਿਵ

OVERVIEW AND ADVANCE DIRECTIVE - PUNJABI TRANSLATION



ਇਹ ਫਾਰਮ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਲੈਂਡਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।
(This form meets the requirements of Washington state law.)

ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਅਗੋਤੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?

ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਅਗੋਤੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿਖ ਵਾਚਿ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਕਹਿੜੀ ਦੇਖਭਾਲ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਵਾਚਿ ਇਸ ਬਾਰੇ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨਾ, ਲਖਿਆ ਅਤੇ ਵਹਿਾਰ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਦੁਜ਼ਾਂਅਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਚਿ ਮਦਦ ਮਲਿਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਸਥਾਨੀ ਵਾਚਿ, ਤੁਹਾਡੇ ਕਸ਼ਿ ਕਰੀਬੀ ਵਾਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਸ ਵਾਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ (health care agent) ਕਹਾਂਦੀ ਹਨ, ਇਸਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ੍ਹ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਈਂਦਾ (attorney-in-fact), ਸਰੋਗੇਟ (surrogate), ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ੍ਹ ਰੂਪ ਵਾਚਿ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਕੇ ਉਸਨੂੰ ਤੁਅਿਆਰ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਕਿਵੇਂ ਲਵੇ।

ਇੱਕ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ (advance directive) ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ ਭਾਵ ਅਗੋਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਅਗੋਤੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਲਖਿਆ ਦਾ ਇੱਕ ਵਾਲੁੰਤੀ, ਕਾਨੂੰਨ੍ਹੀ ਤਰੀਕਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਾਨਿਏ ਰੱਖਦੇ ਹਨ—ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਅਜੀਜ਼—ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਕਲੀਨਿਕ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ। ਇੱਕ ਅਗੋਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਨਿਯਮਿਤ ਅਧਿਕਰ ਤੋਂ ਅੱਧੇਟ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। 18 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗ ਇੱਕ ਅਗੋਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਵਾਚਿ ਦੇ ਕਿਸਮ ਦੇ ਅਗੋਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: 1) ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਇੱਕ ਟਕਿਆਉ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਅਤੇ 2) ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਨਿਰਦੇਸ਼।

ਇਸ ਕਤਿਆਬਚੇ ਵਹਿਲਾ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ Durable Power Of Attorney for Health Care (DPOA-HC, ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਲਈ ਇੱਕ ਟਕਿਆਉ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ) ਹੈ। DPOA-HC ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ (ਚੈਪਟਰ 11.125

RCW ਭਾਵ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੇ ਸੌਸ਼ੈਪਟ ਜਾਬਤੇ) 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ੍ਹ ਵਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਿਹੁਕਤ ਕਰਨ ਦੀ

ਆਗਿਆ ਦਿਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੇ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕੇ। ਇਹ ਵਾਰਮ ਆਪਣੇ ਟੀਚਾਰਿਆਂ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤਾਹਿਾਰ ਕਰਨ ਵਾਚਿ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਖੇਤ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੰਡਵਾਂਡੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕਾ ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਅਤੇ ਤਾਹਿਾਰ ਕਰਨ ਹੈ।

ਇਸ ਕਤਿਆਬਚੇ ਵਹਿਲਾ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ, ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਚੈਪਟਰ 70.122 Revised Code of Washington (RWS, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੇ ਸੌਸ਼ੈਪਟ ਜਾਬਤੇ))। ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਭਵਿਖ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਵਸੀਅਤਾਂ (living wills), ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਭਰਨ ਬਾਰੇ ਵੀ ਵਹਿਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਤ ਵਸੀਸ਼ ਸਥਾਨੀਆਂ ਵਾਚਿ ਜੀਵਿਵਾਨ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਜਾਂ ਰੋਕ ਦੇਣ ਸੰਬੰਧੀ ਇੱਕ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇੱਥੋਂ ਜਾਓ: www.HonoringChoicesPNW.org ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਉਹ ਵਾਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ, ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਚੁਣਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਫੈਸਲੇ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੋਤੀ ਵਾਅਕਤੀ ਵਾਚਿ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਨਜ਼ਿਕੀ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਟੀਚੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ

ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੰਭਵ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਅਗੋਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ (ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਇੱਕ ਟਕਿਆਉ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ) ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਾਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀਆਂ ਆਗਿਆਵਾਂ ਦਿਤੀਆਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਜ਼ਿਕੀ ਰੂਪ ਵਾਚਿ ਉਸ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਵੱਡੀ ਵੱਡੀ ਤੋਹਰ ਤੋਂ ਜਾਮੀਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ ਜੇ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਚੁਣੇ ਜਾਣੇ ਜਾਣਗੇ।

ਇੱਕ ਚੰਗਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਕਹਿੰਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ:

- ✓ ਇਹ ਸਮਝਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਕੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਭੂਮਕਾ ਨੂੰ ਨਿਭਾਉਣ ਲਈ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ✓ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਾਰਿਆਂ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ, ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਸਮਝਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ "ਚੰਗੀ ਤਰਹਾਂ ਜਾਇਓ" ਜਾਂ ਇੱਕ "ਚੰਗੀ ਦਿਨ" ਦਾ ਕੀ ਅਰਥ ਹੈ।
- ✓ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨਾਲ ਸਹਮਿਤ ਨਾ ਵੀ ਹੋਵੇ।
- ✓ ਅਥੇ ਜਾਂ ਤਣਾਂ ਭਰੋ ਸਮੇਂ ਵਾਚਿ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਪੋਗ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

- 🚫 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ।
- 🚫 ਤੁਹਾਡਾ ਚਕਿਤਿਸਕ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਚਕਿਤਿਸਕ ਦਾ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ (ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਿਵਾਰ ਸਾਥੀ, ਰਾਜ ਨਾਲ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ, ਮਾਤਾ-ਪਤਿਆਂ, ਬਾਲਗ ਬੱਚਾ, ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਨਾ ਹੋਵੇ)।
- 🚫 ਕਸ਼ਿ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹੂਲਤ ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਕੋਈ ਮਾਲਕ, ਪਰਸਾਲਕ, ਜਾਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਜਾਂਖਿ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਰਹਾਂਦੀ ਹੋ (ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਿਵਾਰ ਸਾਥੀ, ਰਾਜ ਨਾਲ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ, ਮਾਤਾ-ਪਤਿਆਂ, ਬਾਲਗ ਬੱਚਾ, ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਨਾ ਹੋਵੇ)।



ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਰਾਹਨਮਾਈ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਿਦੇਸ਼ ਵਾਚਿ ਅਤੇ ਗੱਲਬਾਤਾਂ ਵਾਚਿ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿੰਗਾਂ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀਆਂ ਸਮਝ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

- ਇਲਾਜਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਾਚਿ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕੀ ਕਿ ਕਾਰਡੀਓਪਲਮੇਨਰੀ ਰੀਸੈਸਟਿਸ਼ਨ (cardiopulmonary resuscitation - CPR), ਸਾਰ ਲੈਣ ਵਾਲੀ ਮਸੀਨ, ਡੀਡਗਿ ਟਾਊਂਸ, ਅਤੇ ਹੋਰਨ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਹੈ।
- ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੀ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਕੇ ਆਰਾਮ ਪ੍ਰਹੁੰਚਾਉਣ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ 'ਤੇ ਧਾਰਿਆਨ ਕੇਂਦਰਤਿ ਕਰਨਾ ਹੈ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਰਕਿਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਬੀਮਾ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜੀ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਚੁਣ ਸਕਦਾ ਹੈ।

CPR ਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?

ਕਾਰਡੀਓਪਲਮੇਨਰੀ ਰੀਸੈਸਟਿਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸੀ.ਪੀ.ਆਰ. (Cardiopulmonary resuscitation - CPR) ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਵਰਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਲਿ ਅਤੇ ਸਾਰ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। CPR ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਤਾਂ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਸਹਿਰਮੰਦ ਹੋਵੇ ਅਤੇ CPR ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਲਿ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਫੇਰਨ ਬਾਅਦ ਸੁਝੂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਮਜ਼ੋਰ, ਵਡੇਰੀ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਗੰਭੀਰ ਬਿਆਰੀ ਹੈ ਤਾਂ CPR ਦੇ ਸਫਲ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋਏ ਫੇਡੜਾਂ ਦੇ ਕਾਰਨ ਵੈਟਲਿੰਟਰ (ਸਾਰ ਲੈਣ ਵਾਲੀ ਮਸੀਨ) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕੀ ਕੀ CPR ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿੰਗਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੇਗੀ।

ਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਾਲਿ ਕੁਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਰ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਵਾਸਗਿਟਨ ਰਾਜ ਵਾਚਿ ਮਾਡਿਆਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ CPR ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਾਚਿ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ DPOA-HC ਫਾਰਮ 'ਤੇ CPR ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ 'ਕੋਡ ਸਥਾਤੀ (code status)' ਬਾਰੇ ਸੋਧ ਮਲਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੋਡ ਸਥਾਤੀ ਦਾ ਮਤਲਬ ਉਸ ਕਿਸਿ ਦੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਹੈ ਜੇ ਕਿਸੀ ਵਾਚਿ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਦਾਲਿ ਜਾਂ ਸਾਰ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਉਸਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਾਚਿ ਮਲਿਗਾ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਮਲਿਗਾ।

ਕੁਝ ਲੋਕ ਜੋ ਹਸਪਤਾਲ ਵਾਚਿ CPR ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਹੋਰ ਮਾਹੌਲਾਂ ਵਾਚਿ ਵੀ CPR ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਸਥਾਤੀ ਵਾਚਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪੋਰਟੇਬਲ ਆਰਡਰਾਂ (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment - POLST) ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। POLST ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਆਦੇਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਥਾਤੀ ਵਾਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸੇਵਰਾਂ ਨੂੰ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਸਹਾਰਾ (life support) ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ (ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਇਲਾਜ ਉਹਨਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸਰੀਰ ਦੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਾਰਜਾਂ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇ ਕੇ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈ ਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਇਦਾ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਇਲਾਜ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਾਤੀਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਦੇ ਤੱਕ ਜਾਂ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਬਹਿਤਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਹਟਾ ਕੇ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਰਨ ਦੀ ਆਗਾਮਿਆ ਨਹੀਂ ਦੇਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਹਨ CPR, ਸਾਰ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਸੀਨ, ਡੀਡਗਿ ਟਾਊਂਸ ਅਤੇ ਗੁਰਦੇ ਦਾ ਡਾਇਲਾਸਿਸ। ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿਵਿਤ ਦੀ ਘੱਟ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਰੁਟੀਨ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਹੈਸਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ।



ਜੇ ਮੈ ਕਿਸੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਖੁਦ ਦੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕਿਸੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਨਾਲ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਜੋਂ ਕੋਈ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਿਾਰ ਦੇ ਜੀਆਂ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰਡੀਓਪਲਮੇਨਰੀ ਕਾਰਡ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੋਸਤਾਂ ਦੀਆਂ ਸੁਧਾਰਾਵਾਂ ਦੇ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੀ ਕਿਸੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਦੇ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕਰ ਲੈਂਦੇ (ਜੈਪਟਰ 7.70.065 RCW)।

ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਉਦੇ ਤਕ ਹੋਣਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਰਮ ਵਾਚਿ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੀ ਵਾਚਿ ਕੀਤੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਿਾਰ ਦੇ ਜੀਆਂ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰਡੀਓਪਲਮੇਨਰੀ ਕਾਰਡ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੋਸਤਾਂ ਦੀਆਂ ਸੁਧਾਰਾਵਾਂ ਦੇ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੀ ਕਿਸੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਾਵਾਂ ਦੇ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕਰ ਲੈਂਦੇ (ਜੈਪਟਰ 7.70.065 RCW)।

1. ਅਦਾਲਤ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕੋਈ ਸਰਪਰਸਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ)
2. ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ/ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ*
3. ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ
4. ਬਾਲਗਬਚੋ*
5. ਮਾਪੇ*
6. ਬਾਲਗ ਭੈਟ-ਭਰਾ*
7. ਬਾਲਗ ਪੇਤੇ-ਪੇਤੀਆਂ/ਦੇਹਤੇ-ਦੇਹਤੀਆਂ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਜਾਣਕਾਰਹਨ*
8. ਬਾਲਗ ਭਤੀਜੀਆਂ/ਭਾਣੀਆਂ ਅਤੇ ਭਤੀਜੇ/ਭਾਣੇ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਜਾਣਕਾਰਹਨ*
9. ਬਾਲਗ ਮਾਸੀਆਂ/ਭੁਆਵਾਂ/ਚਾਚੀਆਂ/ਤਾਈਆਂ ਅਤੇ ਮਾਪੇ/ਚਾਰੇ/ਤਾਏ/ਛੁੱਦੜ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਜਾਣਕਾਰਹਨ*
10. ਕੋਈ ਕਰੀਬੀ ਬਾਲਗ ਦੋਸਤ ਜੋ ਕੁਝ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

* ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਖਿਕਤੀਆਂ ਵਾਲੇ ਕਿਸੀ ਵੀ ਸਮੂਹ ਲਈ, ਸਮੂਹ ਵਚਿਲੇ ਹਰੇਕ ਵਾਖਿਕਤੀ ਦਾ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਸਹਮਿਤ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਅਜਹਿੀਆਂ ਕੁਝ ਸਥਤਿਆਂ ਕਹਿੜੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ?

ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨਾ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਾਚਿ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਸਿਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਚਿ ਕੱਈ ਵੀ ਭੰਗ ਕਰਨ, ਰੱਦ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕਨੰਨੀ ਅਲਹਦਿਗੀ (ਚੈਪਟਰ 11.125.100 RCW) ਲਈ ਅਰਜੀ ਦਾਇਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਹ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਲਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਆ ਦਿਨਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਇਹ ਸਥਤਿ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪੰਨਾ 2 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਬਿਅਨ ਦੇ ਨਾਲ ਛੋਟੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ: "ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਸਿਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਬਾਅਦ ਵਾਚਿ ਭੰਗ ਕਰਨ, ਰੱਦ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕਾਨੰਨੀ ਅਲਹਦਿਗੀ ਲਈ ਅਰਜੀ ਦਾਇਰ ਕਰ ਦਿੰਦੀਆਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕੌਂ ਉਹ ਮੇਰੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰਹਣਾ।"

ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਾਚਿ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਨਾ ਕਰਨਾ

ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਮੁੱਖ ਟੀਚਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਪਰ ਫੇਰ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਨਿਯੁਕਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਵਕਲਪ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਸ਼ਿਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਜੋਂ ਕੋਈ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਚੈਪਟਰ 7.70.065 RCW)।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਦੁਜੇ ਭਾਗਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾਨੀ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬਾਬਿਅਨ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਨਾ, ਕਿ ਇੱਕ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ। ਨਾਨੀ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਦਾ ਬਾਬਿਅਨ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿਆਂ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਤਰਜ਼ਾਹਾਂ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਰੂਪ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਾਖਕਤੀ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਾਖਕਤੀ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਇਹ ਸਥਤਿ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪੰਨਾ 2 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਬਿਅਨ ਦੇ ਨਾਲ ਛੋਟੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ: "ਮੈਂ ਕਿਸੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹਿਆ/ਰਹੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਾਚਿ ਆਪਣੇ ਟੀਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਨੂੰ ਸੰਝਾ ਕਰਨ ਨਾਲ, ਇਸ ਨੂੰ ਨਾਨੀ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬਾਬਿਅਨ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਨਾ, ਕਿ ਕੋਈ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ।"

ਇਸ ਸਥਤਿ ਵਾਚਿ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਇਟ ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਵੀ ਵਹਿਚਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਸਿਨ੍ਹ ਭਵਾਖਿ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਵਸੀਅਤ (living will) ਵੀ ਕਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਕਿ ਵਾਸ਼ਿਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਤਹਤਿ ਵਾਸਿਸ਼ ਸਥਤਿਆਂ ਵਾਚਿ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਜਾਂ ਰੋਕ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, www.HonoringChoicesPNW.org 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਦੇਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਨ—ਜਾਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਕਲੀਨਿਕ, ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ। ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਨਿਰਸ਼ਾ ਹੋਮ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਹਿਏਂਦਾ ਸੀ ਸਹੂਲਤ ਨਾਲ ਵੀ ਇਸ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਸਾਡੀਆਂ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਵਹਿਚਾਰ ਕਰੋ। ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਹਰੇਕ ਕੋਲ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਹੋਵੇ।

ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਲਵਾਂ ਤਾਂ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿਚਲੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ, ਅਜੀਜ਼ਾਂ, ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਕਲੀਨਿਕ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਸਮੇਤ ਰਹ ਉਸ ਵਾਖਕਤੀ ਨੂੰ ਦੱਸੇ ਜਾਸਿਟੇ ਕੋਲ ਇਸਤੇ ਕਾਪੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੀ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੇ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਜਾਂ ਖਾਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਜਾਂ ਤਾਂ ਇੱਕ ਚਾਠੀ ਲਖਿ ਕੇ (ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖ ਪਾਈ ਹੋਵੇ) ਜਾਂ ਫੇਰ ਉਸਨੂੰ ਜ਼ਬਾਨੀ ਰੂਪ ਵਾਚਿ ਇਹ ਦੱਸਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਚਾਹੁੰਦੀ ਹੋ। ਇੱਕ ਨਵੇਂ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਨਵੇਂ ਅਗੇਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਉਹਨਾਂ ਲੱਕਾਂ ਨੂੰ ਦੇਣਾ ਜਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਨ—ਜਾਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਕਲੀਨਿਕ, ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ।

ਅੰਗ ਅਤੇ ਟਮ੍ਹਿ ਦਾਨ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਕੀ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦਾਨੀ ਬਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ, ਪਰਵਿਾਰ ਅਤੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਤੁਸੀਂ www.registerme.org 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਅੰਗ, ਟਮ੍ਹਿ ਅਤੇ ਅੱਖਾਂ ਦੇ ਦਾਨ ਸੰਬੰਧੀ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਰਕਿਾਰਡ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਸ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕੈਣ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਰੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੇਰੇ ਸਰੀਰ ਨਾਲ ਕਵਿ ਨਜ਼ਠਿਣਾ ਹੈ?

ਇਹ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਅਸਥਿਆਂ/ਡੁੱਲਾਂ ਦੇ ਨਿਪਿਤਰੇ ਸੰਬੰਧੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਅਜਹਿੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਬਾਰੇ ਵਹਿਚਾਰ ਕਰੋ ਜੇ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ (ਚੈਪਟਰ 68.50.160 RCW) ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਾਇਏਂਟ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਨਾਲ ਕਵਿ ਨਜ਼ਠਿਣਾ ਹੈ।

ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵਾਚਿ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਮੈਂ ਕਿਸੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

Honoring Choices PNW ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਲਈ ਇੱਥੋਂ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਮੌਤ ਲਈ

www.honoringchoicespnw.org/locations 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ info@honoringchoicespnw.org 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਰੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਸਤਕਿਾਰ ਕਰੋ (PLEASE HONOR MY WISHES)

ਮੈਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ [DPOA-HC 'ਤੇ ਨਿਯੁਕਤ]

(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)):

ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਫੋਨ ਨੰ (BEST PHONE): ()

ਮੈਰਾ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ POLST ਇੱਥੋਂ ਮਲਿ ਸਕਦਾ ਹੈ

(MY ADVANCE DIRECTIVE POLST CAN BE FOUND AT):

ਧਾਰਨ ਦਿੱਤੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)	
ਮੈਰਾ ਨਾਮ (MY NAME):	
ਮੈਰੀ ਜਨਮ ਮਹੀਨੇ (MY DATE OF BIRTH): / /	
ਮੈਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (MY HEALTH CARE PROVIDER):	
ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਫੋਨ (PROVIDER OFFICE PHONE): ()	

ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਰੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਸਤਕਿਾਰ ਕਰੋ (PLEASE HONOR MY WISHES)	
ਮੈਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ	
(DPOA-HC 'ਤੇ ਨਿਯੁਕਤ)	
(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC))	
ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਫੋਨ ਨੰ (BEST PHONE): ()	
ਮੈਰਾ <input type="checkbox"/> ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ <input type="checkbox"/> POLST ਇੱਥੋਂ ਮਲਿ ਸਕਦਾ ਹੈ	
(MY <input type="checkbox"/> ADVANCE DIRECTIVE <input type="checkbox"/> POLST CAN BE FOUND AT):	

ਇਸ ਵਾਲੇ ਟਕਾਰਡ ਨੂੰ ਲਈ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਰੱਖੋ ਤਾਂ ਜੋ ਹੋਰਨਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਹੈ।

ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਿਵ: ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਇੱਕ ਟਕਿਆਊ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTIREY FOR HEALTH CARE

ਇਹ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਿਵ, ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਇੱਕ ਟਕਿਆਊ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਾਲ ਜਾਣਿਕਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਤਾਜ਼ਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਾਮੀ ਦਿਨਾਂ ਹੈ।

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.

ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

My Information:

ਪੂਰਾ ਨਾਮ:

FULL NAME:
ਜਨਮ ਮਤਿ: / /
DATE OF BIRTH: (MM/ਦਿਨ/ਸਾਲ) (mm/dd/yyyy)

ਪੜਨਾਓ (ਵਿਕਿਲਪਕ):

PRONOUNS (OPTIONAL): (ਭਾਵ, ਉਹ)
(i.e., he/she/they)

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਾਲ ਜਾਣਿਕਤ ਕਰਨਾ

NAMING A HEALTH CARE AGENT

ਜਾਨੀ ਵਾਲੀ ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਨਾਲ ਜਾਣਿਕਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਉਹ ਹੈ:

The person I designate as my health care agent is:

ਪੂਰਾ ਨਾਮ:

FULL NAME:

ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

RELATIONSHIP:

ਪਤਾ, ਸਹਾਰਿ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ਪੜਨਾਓ (ਵਿਕਿਲਪਕ):

PRONOUNS (optional):

ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

ALTERNATE PHONE:

ਜਾਨੀ ਵਾਲੀ ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਨਾਲ ਜਾਣਿਕਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਉਹ ਹਨ:

The people I designate as my alternate agents are:

ਜੇਕਰ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀ ਵਾਚਿ ਸ਼ਾਮਲ ਵਾਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਚਿ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ ਜਾਂ ਚਾਹਵਾਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀ ਵਾਚਿ ਸ਼ਾਮਲ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਹਿਲੇ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਬਦਲਵਾਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟਾਂ ਵਜੋਂ ਮਨੋਨੀਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

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.

ਪਹਿਲਾ ਬਦਲ

First Alternate

ਪੂਰਾ ਨਾਮ:

FULL NAME:

ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

RELATIONSHIP:

ਪਤਾ, ਸਹਾਰਿ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ਪੜਨਾਓ (ਵਿਕਿਲਪਕ):

PRONOUNS (optional):

ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

ALTERNATE PHONE:

ਦੂਜਾ ਬਦਲ

Second Alternate

ਪੂਰਾ ਨਾਮ:

FULL NAME:

ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

RELATIONSHIP:

ਪਤਾ, ਸਹਾਰਿ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ਪੜਨਾਓ (ਵਿਕਿਲਪਕ):

PRONOUNS (OPTIONAL):

ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

ALTERNATE PHONE:



AN INITIATIVE OF



ਨਾਮ: _____

NAME: _____

ਜਨਮ ਮਤਿ: / /

DATE OF BIRTH: (MM/ਦਿਨ/ਸਾਲ) (mm/dd/yyyy)

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨਾ

NAMING A HEALTH CARE AGENT

ਸਥਤਿਆਂ ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ:

Situations that may apply:

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਬਾਬਿਅਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜਹਿਰੇ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋ ਦੇ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ। ਜੇ ਬਾਬਿਅਨ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਲਾਈਨ ਖੰਚ ਕੇ ਕੱਟ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ: ACP ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੱਖੋ, www.HonoringChoicesPNW.org 'ਤੇ ਜਾਓ, ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

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.

ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਬਾਅਦ ਵਾਹਿ ਭੰਗ ਕਰਨ, ਰੱਦ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਲਹਾਦਿਗੀ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾਏਂਦਰ ਕਰ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ; ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਮੇਰੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ।

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.

ਮੈਂ ਕਸ਼ਿ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹਿਆ/ਰਹੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਵਾਰਮ ਵਾਹਿ ਆਪਣੇ ਟੀਚਾਇਆਂ ਅਤੇ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਕੇ, ਇਸਨੂੰ ਨੌਜੀ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬਾਬਿਅਨ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਨਾ ਕਿ ਕੋਈ ਐਡਵਾਂਸ ਡਾਇਰੈਕਟਵਿ।

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.

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤਹਿਾਰ ਕਰਨਾ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ਮੇਰੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕੀ ਹੈ?

What matters most to me?

ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸੋਚਣ ਵਾਹਿ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕੀ ਚੀਜ਼ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਹਿ ਸੋਧ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ—ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਜੀਜ਼—ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਹਨਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਹਿਾਰ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚੋ। 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:

- ਤੁਸੀਂ ਮਾਨਸਕਿ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੀ ਕਰਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ? What do you love to do, mentally and physically?
- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਕਿਨਾਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੌਣ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਸ਼ਿ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋ? How important is it for you to know who you are and who you are with?
- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਪਰਵਿਾਰ ਅਤੇ ਦੇਸਤਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨਾ ਕਿਨਾਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ? How important is communicating with family and friends to you?
- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ "ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਜਾਇਆ" ਜਾਂ "ਇੱਕ ਚੰਗੀ ਦਿਨ" ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ? What does "living well" or "a good day" look like to you?
- ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਵਾਹਿ ਕਸ਼ਿ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕਦਰ ਕਰਦੇ ਹੋ? What do you value most in your life?

ਮੇਰੇ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਚੀਜ਼ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ: (ਵਸਿਤਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ। ਲੋੜ ਪਵੇ ਤਾਂ ਪੰਨੇ ਸਮਾਲ ਕਰੋ)

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



ਨੰ:

NAME: _____

ਜਨਮ ਮਤਿ: / / /

DATE OF BIRTH: (ਮਾਸ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) _____

(mm/dd/yyyy)

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤਥਿਆਰ ਕਰਨਾ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ਮੇਰੇ ਵਸ਼ਿਵਾਸ, ਤਰਜੀਹਾਂ ਅਤੇ ਦਸਤੂਰ ਕੀ ਹਨ?

What are my beliefs, preferences, and practices?

ਜੇ ਲੋਕ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਾਇਨੇਰੋਂਖਦੇ ਹਨ—ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਜੀਜ਼—ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਸ਼ਿਵਾਸਾਂ, ਤਰਜੀਹਾਂ ਅਤੇ ਦਸਤੂਰਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਚਿਾਰ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚੋ:

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:

- ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਖੇ ਸਮਾਂਾਂ ਦੌਰਾਨ ਕਹਿੜੀ ਚੀਜ਼ ਸਹਾਰਾ, ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ?
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- ਤੁਸੀਂ ਕਹਿੜੇ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਖੂਨ ਚੜਹਾਉਣਾ, ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ, ਬਣਾਵਟੀ ਤਰੀਕੇ ਭੇਜਨ ਦੇਣਾ)?
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- ਤੁਹਾਡੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ, ਸੱਭਾਇਆਚਾਰ ਜਾਂ ਪਰਵਿਆਰ ਵਿੱਚ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਕਵਿਂ ਲਈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ?
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

ਮੇਰੇ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਸ਼ਿਵਾਸ, ਤਰਜੀਹਾਂ ਅਤੇ ਦਸਤੂਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਨ: (ਵਸਿਤਾਚ ਨਾਲ ਦੱਸੋ। ਲੋੜ ਪਵੇ ਤਾਂ ਪੰਨੇ ਸਮਲ ਕਰੋ।)

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

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵਸ਼ਿਵਾਸਾਂ, ਤਰਜੀਹਾਂ, ਅਤੇ ਦਸਤੂਰਾਂ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਾਖਿਕਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ:

(ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।)

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.)

ਨਾਮ:

NAME:

ਫੋਨ: ()

PHONE:

ਕੰਮ:

ROLE:

ਸੰਸਥਾ:

ORGANIZATION:

ਨਾਮ:

NAME:

ਜਨਮ ਮਤਿਜ਼ੀ: / /

DATE OF BIRTH: (MM/DD/YYYY)
(mm/dd/yyyy)

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤਥਿਅਰ ਕਰਨਾ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ, ਮੇਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਤਰਜੀਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਝਾ ਕਰ ਰਹਿਆ/ਰਹੀ ਹਾਂ ਜੋ ਮੇਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫੇਸਲੇ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਆਪਣੇ ਫੇਸਲਿਆਂ ਦੀ ਅੱਗੜਾਈ ਲਈ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਸੇਧ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਹਰ ਸਥਤੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਹੁਥਰੂ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਸਾਇਦ ਸੰਭਵ ਨਾ ਹੋਵੇ।

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.

ਸੀ.ਪੀ.ਆਰ. (CPR): ਮੇਰੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਕੀ ਹਨ?

CPR: What are my wishes?

ਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਿਲ ਅਤੇ ਸਾਰਾ ਰੁੱਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਵਾਸ਼ਿਗਟਨ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਮਿਆਨੀ ਦੇਖਭਾਲ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਾਰਡੋਓਪਲਮੋਨਰੀ ਰੀਸੁਸਟਿਸ਼ਨ (cardiopulmonary resuscitation - CPR) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੇਧ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਲਿ ਅਤੇ ਸਾਰਾ ਰੁੱਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ CPR ਕਰਨੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ (ਇਸਨੂੰ "ਕੋਡ ਸਥਤੀ" ਵੀ ਕਹਿਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)।

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").

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰਾ ਦਲਿ ਅਤੇ ਸਾਰਾ ਰੁੱਕ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ CPR ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।

I want CPR attempted.

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ CPR ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੇਰੀ ਸਹਿਤ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਅ ਨਾ ਆਇਆ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ:

I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:

- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦੱਸੇ ਗਏ ਟੀਚਰਿਆਂ ਅਤੇ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਵਚਿਚ-ਵਟਾਂਦਰੇ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਇੱਕ ਜੀਵਨ ਜਾਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਵੇ; ਜਾਂ 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

- ਮੈਨੂੰ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਬਮਿਆਰੀ ਜਾਂ ਸੱਟ ਹੋਵੇ ਜਸਿ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਜਲਦੀ ਹੀ ਮਰਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੋਵੇ; ਜਾਂ A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or

- ਭਾਵੇਂ ਮੇਰੇ ਦਲਿ ਨੇ ਦੁਬਾਰਾ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਸੁਰੂ ਕਰ ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵੀ ਮੇਰੇ ਬਚਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਵੇ। Little chance of survival even if my heart is started again.

ਮੈਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਕਿ ਕਿ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਮੈਂ ਭੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਰਨ ਦੀ ਆਗਾਮਿਆ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। (POLST ਫਾਰਮ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।)

I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਸਹਾਰਾ (Life Support): ਮੇਰੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਕੀ ਹਨ?

Life Support: What are my wishes?

ਤੁਹਾਡੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਸੇਧ ਦੇਣਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਨਾਲ ਇਹ ਫਾਰਮ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਬਣ ਜਾਂਦਾ, ਜੋ ਕਿ ਵਾਸਿਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਤ ਖਾਸ ਸਥਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਜਾਂ ਰੋਕਣ ਦਾ ਇੱਕ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, www.HonoringChoicesPNW.org 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

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.

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਐਨਾ/ਨੀ ਬਮਿਆਰ ਜਾਂ ਜਖਮੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਜਲਦੀ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਂ ਕੋਮਾ ਵਿੱਚ ਹਾਂ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ,

ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ:

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:

ਮੈਨੂੰ ਜਾਉਣ ਵਾਲੀ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਭਾਵੇਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਮੈਂ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਹਾਰੇ 'ਤੇ ਰਹਾਇਆ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਅਜ਼ਮਾਏ ਜੋ ਮੇਰੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਵਚਿਚ-ਵਟਾਂਦਰੇ ਵਿੱਚ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਰੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਇਦ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਟੀਚਰਿਆਂ ਅਤੇ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਜੀਵਨ ਜਾਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਹਾਰੇ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਰਹਾਇਆ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ। ਉਸ ਸਮੇਂ, ਮੈਨੂੰ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਰਨ ਦੀ ਆਗਾਮਿਆ ਦਿਓ।

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.

ਮੈਨੂੰ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਰਨ ਦੀ ਆਗਾਮਿਆ ਦਿਓ। ਮੈਂ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਹਾਰੇ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਰਹਾਇਆ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ। ਜੇਕਰ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਸੁਰੂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ।

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.

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਮੇਰੇ ਲਈ ਫੇਸਲਾ ਕਰੇ।

I want my health care agent to decide for me.



ਨਾਮ: _____
NAME: _____
ਜਨਮ ਮਤਿ: / / /
DATE OF BIRTH: (MM/DD/SS/YY)
(mm/dd/yyyy)

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤਥਿਆਰ ਕਰਨਾ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ਵਾਧੂ ਹਦਾਇਤਾਂ

Additional Directions

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਮਰ ਰਹਿਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ, ਅਤੇ ਸਰੋਤ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੇਰੀ ਤਰਜੀਹ:

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

ਆਪਣੇ ਘਰ ਜਾਂ ਕਸ਼ੇ ਅਜੀਜ਼ ਦੇ ਘਰ (ਇੱਛਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੋਸਪਿਸ ਦੇ ਨਾਲ) ਮਰਨ ਦੀ ਹੋਵੇਗੀ।

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

ਕਸ਼ੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹੂਲਤ ਵਾਚਿ ਮਰਨ ਦੀ ਹੋਵੇਗੀ।

In a medical facility.

ਮੇਰੀ ਕੋਈ ਤਰਜੀਹ ਨਹੀਂ ਹੈ।

I do not have a preference.

ਹੋਰ (ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ): _____

Other (please describe): _____

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਗਰੜਵਤੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੀ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹਵਾਂਗੀ ਕਿ ਮੇਰਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਅਤੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ

ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਮੇਰੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਂਦੇ ਸਮੇਂ ਹੇਠ ਲਖਿ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਾਚਿ ਰੱਖਣ:

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:

ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਅਜਹਿ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਖਿ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ, ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਜਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ। ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ ਕਿ ਅੰਗ ਦਾਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਅਸਥੀਆਂ/ਕੁੱਲਾਂ ਲਈ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਰੂਪ ਵਾਚਿ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

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.

ਨੰ:

NAME: _____

ਜਨਮ ਮਤਿ: / /

DATE OF BIRTH: (MM/DD/SSSS)
(mm/dd/yyyy)

ਇੱਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣਾ

AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

ਮੈਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਦੇ ਆਮ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਸ਼ਕਤੀਆਂ ਦਾ ਬਾਅਦ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ ਉਦੇ ਸਹਮਿਤੀ ਦੇਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿਓ। ਜੋ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਛੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਸੀਨਾਂ, ਗੀਡਗਿ ਟਾਂਕਿਆਂ, ਮੂਨ ਚੜ੍ਹਾਉਣ, ਅਤੇ ਕਡਿਤੀ ਡਾਇਲਸ਼ਿਸ਼ ਬਾਰੇ ਮੌਜੂਦਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿਓ। ਜੋ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਵੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਸੁਰੂ ਕਰਨ, ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਜਾਂ ਥੁੰਡੇ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਮਿਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

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.

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਖਿਆਂ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ: ਮੈਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਇਸ ਟਕਿਆਉ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ (DPOA-HC) ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਅਤੇ ਅਰਥ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਮੌਜੂਦਾਂ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਦੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਟੀਚਰਿਆਂ, ਕਾਰਨ-ਕੀਮਤਾਂ, ਅਤੇ ਤਰਜ਼ਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਭਰਾਉ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਪਸ਼ਟ ਤੁੱਹ ਵਾਚਿ ਸੋਚ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਸ਼ਿ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਸ਼ਿ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਕੇ ਇਸਦੀ ਥਾਂ ਨਵਾਂ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਕਸ਼ਿ ਵੀ ਪੁਰਾਣੀ ਟਕਿਆਉ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਕਿਸੇ ਚਕਿਤਿਸਕ ਜਾਂ ਲਸਾਂਸੁਦਾ ਮਨੋਵਿਗਿਆਨੀ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਕੋਈ ਕੋਈ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੇ ਖੁਦ ਦੇ ਛੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ DPOA-HC ਲਾਜੂ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਨਿਰਿਦੇਸ਼ ਉਦੇ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ ਜਾਂ ਉਦੇ ਤੱਕ ਮੈਂ ਆਸਾਨੀ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇ।

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.

ਮੈਂ ਦਸਤਖਤ:

MY SIGNATURE:

ਪਤਾ, ਸਹਾਰਿ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ਮਤਿ:

DATE:

ਗਵਾਹਾਂ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ ਦੀ ਲੋੜ

Witnesses or Notary Requirement

ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਤਾਂ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗਵਾਹੀ ਵਾਚਿ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹੋਣ ਜਾਂ ਕਸ਼ਿ ਨੋਟਰੀ ਪਚਲਕਿ ਦੁਆਰਾ ਪਰਵਾਨਤ ਕੀਤੇ ਹੋਣਾ।

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

ਵਕਿਲਪ 1 - ਦੇ ਗਵਾਹ

OPTION 1 - TWO WITNESSES

ਗਵਾਹ ਦੀ ਤਸਦੀਕ: ਮੈਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਗਵਾਹ ਬਣਨ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

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

ਗਵਾਹ #1 ਦਸਤਖਤ:

ਮਤਿ:

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

ਛਾਪਿਆ ਗਿਆ ਨਾਮ:

NAME PRINTED:

ਗਵਾਹ #2 ਦਸਤਖਤ:

ਮਤਿ:

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

ਛਾਪਿਆ ਗਿਆ ਨਾਮ:

NAME PRINTED:

OPTION 2 - NOTARY

ਵਕਿਲਪ 2 - ਨੋਟਰੀ

STATE OF WASHINGTON

)

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ

)

COUNTY OF

)

ਕੁਝਾਂਟੀ

This record was acknowledged before me on this

day of

ਇਹ ਰਕਿਤੇ ਮੈਂ ਸਾਹਮਣੇ ਇਸ

ਮਤਿ , ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪਰਵਾਨਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ

by (name of individual):

ਦੁਆਰਾ (ਵਾਖਿਕੀ ਦਾ ਨਾਮ):

Signature:

Title:

Exp:

ਦਸਤਖਤ:

ਪਦਵੀ:

ਅਨੁਭਵ:

ਗਵਾਹਾਂ ਲਈ ਨਿਯਮ:

Rules for Witnesses:

ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਅਤੇ ਯੋਗ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

Must be at least 18 years of age and competent.

ਖੂਨ ਦੇ ਰਸਿਤੇ, ਵਾਖਿਆ, ਜਾਂ ਰਸ ਨਾਲ ਰੱਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਘਰੋਲ੍ਹ ਪਾਰਟਨਰਸ਼ਿਪ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ।

Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.

ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਕਸ਼ਿ ਪਰਵਾਨਕ ਘਰ ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹੂਲਤ ਜਾਂਚੀ ਤੁਸੀਂ ਰਹਾਂਦੀ ਹੋ, ਵਾਖਿ ਤੁਹਾਡਾ ਘਰੋਲ੍ਹ ਪਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰਦਾਤਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ।

Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.

ਤੁਹਾਡਾ ਮਨੋਤੀਤ ਕੀਤਾ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ।

Cannot be your designated health care agent.



ਨਾਮ:

NAME:

ਜਨਮ ਮਤਿ:

DATE OF BIRTH:

(MM/DD/YYYY)

(mm/dd/yyyy)