

ओहायो राज्य

हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी

[R.C. §1337]

(पुरा नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्)

(जन्म मिति)

यो मेरो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी हो। मैले हस्ताक्षर गरेको सबै पूर्व स्वास्थ्य सेवा अधिकारहरूलाई रद्द गर्दछु। म यस कागजातको प्रकृति र उद्देश्य बुझ्छु। कुनै प्रावधान अमान्य वा अप्रवर्तनीय पाइन्छ भने यसले यस कागजातको बाँकी भागलाई प्रभाव पार्दैन।

म बुझ्छु कि मेरो उपस्थित चिकित्सकले मैले सूचित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन क्षमता गुमाउने निर्धारण गर्दा मेरो एजेन्टले मेरो लागि मात्र स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिन सक्छ। यद्यपि, यसको मतलब यो होइन कि अदालतले मलाई अयोग्य घोषित गर्नुपर्छ।

परिभाषा

वयस्क भन्नाले 18 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको व्यक्ति हो।

एजेन्ट वा एटर्नी-इन-फ्याक्ट भन्नाले एक सक्षम वयस्क हो जसलाई एक व्यक्ति ("प्रिन्सिपल") ले प्रिन्सिपलका लागि स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिन हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा नाम दिन सक्छ।

कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन भन्नाले इन्ट्राभेनस वा ट्युब फिडिङ मार्फत उपलब्ध गराइने खाना र तरल पदार्थलाई बुझाउँछ। [तपाईंले फिडिङ ट्युबलाई अस्वीकार वा बन्द गर्न सक्नुहुन्छ वा आफ्नो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी एजेन्टलाई कृत्रिम पोषण वा हाइड्रेसन अस्वीकार वा बन्द गर्न अधिकार दिन सक्नुहुन्छ।]

बन्द भन्नाले वार्डको सम्पत्तिलाई चोरी वा नोकसानबाट जोगाउनका लागि जारी गरिएको बीमा नीतिलाई सम्पदाको संरक्षकले आफ्नो कर्तव्यहरू ठीकसँग पूरा गर्न असफल भएको कारणले गर्दा जारी गरिएको बीमा नीति सम्झनु पर्छ।

कम्फर्ट केयर भन्नाले पोषण र/वा हाइड्रेसन सहितको कुनै पनि उपाय, चिकित्सा वा नर्सिङ प्रक्रिया, उपचार वा हस्तक्षेपलाई बुझिन्छ जुन बिरामीको पीडा वा बेचैनी कम गर्नका लागि गरिन्छ तर मृत्युलाई रोक्न होइन।

CPR भन्नाले कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन बुझिन्छ जुन कुनै पनि व्यक्तिको सास फेर्न वा मुटुको धड्कन एक पटक रोकिएपछि सुरु गर्ने धेरै तरिकाहरू मध्ये एउटा हो। यसले रिसुसिटेशन बाहेक कुनै अन्य कारणले गर्दा कुनै व्यक्तिको वायुमार्ग सफा गर्ने समावेश गर्दैन।

रिसुसिटेशन नगर्नुहोस् वा DNR अर्डर भन्नाले बिरामीले कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन प्राप्त गर्नु हुँदैन भनेर संकेत गर्न बिरामीको रेकर्डमा लेखिएको चिकित्सकको मेडिकल अर्डर हो।



संरक्षक भन्नाले वार्डको निर्णय लिनका लागि कानूनी प्रक्रिया मार्फत अदालतले नियुक्त गरेको व्यक्तिलाई बुझिन्छ। यस्तो अदालतको अपोजन्टमेन्टबाट **संरक्षकत्व** स्थापित गरिन्छ।

स्वास्थ्य सेवा भन्नाले कुनै व्यक्तिको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य कायम राख्न, निदान वा उपचार गर्नका लागि कुनै पनि हेरचाह, उपचार, सेवा वा प्रक्रियालाई बुझाउँछ।

स्वास्थ्य सेवाको निर्णय भन्नाले सूचित सहमति दिनु, सूचित सहमति दिन अस्वीकार गर्नु वा स्वास्थ्य सेवाका लागि सूचित सहमति फिर्ता लिनु हो।

हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी भन्नाले कानूनी कागजात हो जसले प्रिन्सिपलले अब त्यस्ता निर्णयहरू लिन नसक्दा प्रिन्सिपलले एजेन्टलाई धेरैजसो स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन अधिकार दिन्छ। साथै, प्रिन्सिपलले एजेन्टलाई प्रिन्सिपलको तर्फबाट र तुरुन्तै वा अन्य कुनै पनि समयमा सुरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी सङ्कलन गर्न अधिकार दिन सक्छ। हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी भन्नाले आर्थिक शक्तिको अधिकार होइन। हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी कागजातलाई व्यक्ति(हरू) लाई प्रिन्सिपलका व्यक्ति वा सम्पत्तिको संरक्षकको रूपमा काम गर्न मनोनीत गर्न पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। अदालतले प्रिन्सिपलका लागि संरक्षक नियुक्त गरेता पनि अदालतले अन्यथा निर्णय नलिएसम्म हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी प्रभावमा रहन्छ।

जीवन --- जीवित राख्ने उपचार भन्नाले कुनै पनि चिकित्सा प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप वा अन्य उपाय हो जो बिरामीलाई दिइँदा मुख्य रूपमा मृत्युको प्रक्रियालाई बढाउँछ।

जीवित रहने इच्छाको घोषणा भन्नाले कानूनी कागजात हो जसले एक सक्षम वयस्क ("घोषणा गर्ने व्यक्ति") लाई घोषणा गर्ने व्यक्तिले ऊ वा उनी गम्भीर बिरामी हुँदा वा स्थायी रूपमा अचेत हुँदा र आफ्नो इच्छाहरू अब उप्रान्त बताउन नसक्दा कुन स्वास्थ्य सेवा चाहन्छ वा चाहँदैन भनी निर्दिष्ट गर्न दिन्छ। यो इच्छापत्र होइन र इच्छालाई प्रतिस्थापित गर्दैन जसलाई मृत्यु पछि व्यक्तिको सम्पत्ति प्रबन्ध गर्नका लागि कार्यकारी नियुक्त गर्न प्रयोग गरिन्छ।

स्थायी रूपमा अचेत अवस्था भन्नाले एक अपरिवर्तनीय स्थिति हो जसमा बिरामी आफैं वा आफू र वरपरको बारेमा स्थायी रूपमा अनभिज्ञ हुन्छ। कम्तीमा दुई चिकित्सकहरूले बिरामीको परीक्षण गर्नुपर्छ र बिरामीले उच्च मस्तिष्कको कार्य पूर्ण रूपमा गुमाएको छ र पीडा सहन वा महसुस गर्न असमर्थ छ भनेर सहमत हुनुपर्छ।

प्रिन्सिपल भन्नाले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा हस्ताक्षर गर्ने सक्षम वयस्क सम्झनु पर्छ।

टर्मीनल शर्त भन्नाले प्रिन्सिपलको उपस्थित भएका चिकित्सक र प्रिन्सिपलको परीक्षण गरेका एक अर्का चिकित्सकद्वारा उपयुक्त चिकित्सा मापदण्ड अनुसारका निर्धारित रूपमा चिकित्सा सुनिश्चितताको उचित मात्रालाई, सोबाट रोग, बिमारी वा चोटका कारण अपरिवर्तनीय, निको पार्न नसकिने तथा उपचार गर्न नसकिने स्थिति भन्ने बुझिन्छ। (1) निको हुन सक्दैन र (2) जीवन---जीवित राख्ने उपचारको प्रबन्ध गरिएन भने तुलनात्मक रूपमा छोटो समयमै मृत्यु हुन सक्छ।

वार्ड भन्नाले अदालतले अयोग्य भनी निर्धारण गरेको व्यक्ति हो। वार्डको व्यक्ति, वित्तीय सम्पत्ति वा दुवैलाई अदालतले नियुक्त गर्ने र निरीक्षण गर्ने संरक्षकबाट सुरक्षित गरिएको हुन्छ।

मेरो एजेन्टको नाम। तल नाम दिइएको व्यक्ति मेरो एजेन्ट हो जसले मेरो लागि यस कागजातमा अधिकृत भए अनुसार स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिने छ।

एजेन्टको नाम र सम्बन्ध: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

यस बाकसमा मेरो आद्याक्षर, हस्ताक्षर, चेक वा अन्य चिन्ह राखेर म विशेष रूपमा मेरो एजेन्टलाई मेरो सुरक्षित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी जानकारी तुरुन्त र भविष्यमा प्राप्त गर्न अधिकार दिन्छु।

एजेन्टका लागि निर्देशन। मेरो एजेन्टले मेरो लागि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू यस कागजातमा मेरा निर्देशन र मेरो एजेन्टलाई अन्यथा थाहा भएको मेरो इच्छाहरूको आधारमा लिने छ। मेरो एजेन्टले मेरो इच्छा यस कागजातमा दिइएका कुरासँग बाझिएको छ भन्ने विश्वास गरेमा यो कागजातलाई प्राथमिकता दिइने छ। त्यहाँ कुनै निर्देशनहरू छैनन् र मेरो इच्छाहरू कुनै विशेष परिस्थितिका लागि अस्पष्ट वा अज्ञात छन् भने मेरो एजेन्टले दिइएका निर्णयबाट परिणामस्वरूप हुन सक्ने फाइदा, बोझ र जोखिमहरू विचार गरेपछि मेरो सर्वोत्तम हितहरूका निर्धारण गर्ने छ। कुनै एजेन्ट उपलब्ध नभएमा यो कागजातले मेरो स्वास्थ्य सेवाको बारेमा निर्णयहरू निर्देशित गर्ने छ।

वैकल्पिक एजेन्ट(हरू)को नाम। माथिको नाम दिइएको मेरो एजेन्ट तुरुन्त उपलब्ध छैन वा मेरो लागि निर्णय लिन इच्छुक छैन वा अक्षम छ भने म प्राथमिकताको निम्न क्रममा मेरो वैकल्पिक एजेन्टको रूपमा तल सूचीबद्ध व्यक्तिहरूलाई नाम दिन्छु [कुनै पनि प्रयोग नगरिएका लाइनहरू निकाल्नुहोस्]:

प्रयोग नगरिएको खण्डमा X बाहिरी क्षेत्र

पहिलो वैकल्पिक एजेन्टको नाम र सम्बन्ध: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

दोस्रो वैकल्पिक एजेन्टको नाम र सम्बन्ध: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

कुनै पनि व्यक्तिले उपरोक्त नामको कुनै पनि वैकल्पिक एजेन्टको बयानमा विश्वास नगर्न सक्छ कि उसले यो कागजात अन्तर्गत ठीकसँग काम गरिरहेको छ र त्यस्तो व्यक्तिले थप अनुसन्धान वा सोधपुछ गर्नु पर्दैन।

- एजेन्टको अधिकार।** ती वस्तुहरू बाहेक मैले यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा गरेको कुनै पनि विकल्पहरूको अधीनमा मैले पार गरेको छु, मेरो एजेन्टसँग मेरो लागि सबै स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिनका लागि पूर्ण र पूरा अधिकार छ। यस अधिकारमा निम्न कुराहरू समावेश छ तर यसैमा सीमित छैन:
1. मेरो एजेन्टले चिकित्सा सल्लाहमा दुखाइ कम गर्ने औषधि वा उपचार वा प्रक्रियाहरू (शल्यक्रिया सहित) को प्रशासनमा सहमति दिनका लागि त्यस्ता औषधि, उपचार वा प्रक्रियाले मेरो मृत्युलाई छिटो पार्न सक्ने भएता पनि मलाई आराम दिन सक्छ भन्ने विश्वास गर्दछ।
 2. म अन्तिम अवस्थामा छु र मसँग यस्तो अवस्थाको उपचारलाई सम्बोधन गर्ने, कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन सहित जीवन-जीवित राख्ने उपचारसम्बन्धी निर्णयहरू लिनका लागि लिभिड विल डिकलेरेशन छैन।
 3. कुनै पनि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप वा अन्य उपायका लागि सूचित सहमति दिन, फिर्ता लिन वा अस्वीकार गर्न।
 4. मेरो शारीरिक वा मानसिक स्थितिको बारेमा कुनै पनि जानकारीको अनुरोध गर्न, समीक्षा गर्न र प्राप्त गर्न जसमा मेरो सबै चिकित्सा र स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी रेकर्डहरू समावेश छ तर यसैमा सीमित छैन।
 5. जानकारीको थप खुलासा गर्नका लागि र मेरो स्थिति र उपचारसँग सम्बन्धित चिकित्सा र सम्बन्धित जानकारीलाई अन्य व्यक्तिहरूको अगाडि खुलासा गर्न सहमति दिन।
 6. मेरो लागि कुनै पनि विज्ञप्ति वा अन्य कागजातहरू कार्यान्वयन गर्नका लागि चिकित्सा र सम्बन्धित जानकारी प्राप्त गर्न आवश्यक हुन सक्छ।
 7. म र मेरो एजेन्टको निर्देशन र निर्णयहरूको पालना गर्ने सबै व्यक्तिहरूलाई मेरो सम्पत्तिका लागि सहमति, छुट र दायित्वहरू जारी गर्न। मेरो खर्चमा क्षतिपूर्ति गर्न र हानिरहित राख्नका लागि कुनै पनि व्यक्तिले यस हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा विश्वास गर्दै कार्य गर्दछ। म मेरो एजेन्टले गरेको यस्तो क्षतिपूर्तिको लागि बाध्य हुनेछु।
 8. स्वास्थ्य सेवा कर्मचारी र घरेलु स्वास्थ्य सेवा आदि प्रदान गर्ने सेवा र यस्तै खालका सेवाहरू रोज्ने, नियुक्त गर्ने र हटाउने।
 9. कुनै पनि चिकित्सा वा स्वास्थ्य सेवा सुविधाबाट मलाई मेरो प्रवेशका लागि रोज्ने, सम्झौता गर्न, स्थान्तरण गर्न वा अधिकार दिन अस्पताल, नर्सिङ होम, सहायता प्राप्त रहने सुविधा, धर्मशाला, वयस्क घरहरू र यस्तै कुराहरू सहित तर यसैमा सीमित हुँदैन।
 10. म यस कागजातका सर्तहरू लागू नभएको ठाउँमा छु भने मलाई यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको सम्मान गरिएको ठाउँमा लैजान वा मेरो यातायातको व्यवस्था गर्न।
 11. मेरो लागि पूरा गर्न र हस्ताक्षर गर्न निम्न:
 - स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी उपचार वा रेसुसिटेशन नगर्नुहोस् (Do Not Resuscitate, DNR) आदेश वा अन्य समान आदेशहरू जारी गर्नका लागि सहमति;
 - स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी सल्लाह वा अन्य समान अनुरोधहरू विरुद्ध छुट्टी दिनका लागि कुनै अन्य सुविधामा स्थानान्तरण गर्न अनुरोधहरू; र
 - स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लागू गर्नका लागि वाञ्छित वा आवश्यक कुनै अन्य कागजातहरू जसलाई यस कागजात अनुसार बनाउनका लागि अधिकार दिएको छ।

विशेष निर्देशनहरू। [यी निर्देशनहरू मसँग जीवित रहने घोषणा नभएमा मात्र लागू हुन्छ।]



म विशेष रूपमा मेरो एजेन्टलाई इन्कार गर्न अधिकार दिन्छु वा उपचारले कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसनको प्रावधानका लागि सहमति फिर्ता लिन सुरु गरेको छ भने म स्थायी रूपमा अचेत अवस्थामा छु र मेरो चिकित्सक र मेरो जाँच गरेका कम्तीमा एक अन्य चिकित्सकले उचित मात्रामा चिकित्सकीय निश्चितताका लागि कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण र हाइड्रेसनले मलाई आराम दिँदैन वा मेरो पीडालाई कम गर्दैन भनी निर्धारित गरेको छ। [R.C. §1337.13(E)(2)(a) र (b)]

एजेन्टको अधिकारका सीमाहरू। ओहायो कानून अन्तर्गत मेरो एजेन्टको अधिकारमा सीमितताहरू छन् भनी म बुझ्छु।

1. मेरो एजेन्टसँग आरामसँग हेरचाह प्रदान गर्न आवश्यक स्वास्थ्य सेवामा सूचित सहमति अस्वीकार गर्ने वा फिर्ता लिने अधिकार छैन।
2. म गर्भवती छु भने मेरो एजेन्टसँग स्वास्थ्य सेवाका लागि सूचित सहमति अस्वीकार गर्ने वा फिर्ता गर्ने अधिकार छैन, स्वास्थ्य सेवाको अस्वीकार वा फिर्ता लिए गर्भावस्था सकिन्छ भने गर्भावस्था वा स्वास्थ्य सेवाले मेरो जीवनका लागि महत्त्वपूर्ण जोखिम पैदा नगरेसम्म वा मेरो उपस्थित चिकित्सक र कम्तीमा एक अन्य चिकित्सकले चिकित्सा निश्चितताको उचित मात्रामा निर्धारण गर्नेछ कि भ्रूण जीवितै जन्मिने छैन।
3. मेरो एजेन्टले म अन्तिम अवस्थामा वा स्थायी रूपमा अचेत अवस्थामा नहुन्जेल कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन सहित जीवन --- जीवित राख्ने उपचार फिर्ता लिन आदेश दिन सक्दैन र दुई डाक्टरहरूले जीवन --- जीवित राख्ने उपचारले मलाई आराम प्रदान गर्दैन वा मेरो पीडालाई कम गर्दैन भनि निर्धारण गरेका छन्।
4. मैले पहिले कुनै स्वास्थ्य सेवाका लागि सहमति जनाएँ भने मेरो अवस्थामा उल्लेखनीय परिवर्तन नभएसम्म मेरो एजेन्टले त्यो उपचार फिर्ता लिन सक्दैन ताकि स्वास्थ्य सेवा मेरो लागि वा जबसम्म स्वास्थ्य सेवाले मैले स्वास्थ्य सेवा रोजेको उद्देश्य हासिल गर्न नसकेसम्म उल्लेखनीय रूपमा कम लाभकारी हुन्छ।

थप निर्देशन वा सीमाहरू। म मेरो एजेन्टको अधिकारमा थप निर्देशन दिन वा थप सीमाहरू लगाउन सक्छु। तल मेरो विशेष निर्देशन वा सीमाहरू छन्:

[तलको खाली ठाउँ पर्याप्त छैन भने तपाईंले थप पृष्ठहरू संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंका कुनै अतिरिक्त निर्देशन वा सीमाहरू छैनन् भने तल "कुनै पनि छैन" लेख्नुहोस्।]

संरक्षकको नामांकन

[R.C. §1337.28 (A) र R.C. §2111.121]

[तपाईंले यो कागजातलाई संरक्षकको नामांकन गर्नका लागि प्रयोग गर्न सक्नुहुनेछ तर तपाईंको व्यक्ति वा तपाईंको सम्पत्तिका लागि संरक्षकीय कार्यवाही सुरु गरिनु पर्छ।]

म बुझ्छु कि मैले मनोनीत गरेको कुनै पनि व्यक्तिलाई संरक्षकत्वको कर्तव्यहरू स्वीकार गर्ने आवश्यकता छैन र प्रोबेट अदालतले कुनै पनि संरक्षकत्वमा अधिकार क्षेत्र कायम राख्छ। [R.C. §2111.121(C)]

म बुझ्छु कि अदालतले राम्रो कारण वा अयोग्यता बाहेक मेरो नामांकनको सम्मान गर्नेछ। [R.C. §2111.121(B)]

म बुझ्छु कि मेरो लागि **व्यक्तिको संरक्षक** नियुक्त गरिएको छ भने त्यस्ता संरक्षकको कर्तव्यहरूमा मेरो तर्फबाट खाना, लुगाफाटा र बस्ने व्यवस्था जस्ता दैनिक प्रकृतिका निर्णयहरू समावेश हुनेछ तर यो वा पछिको कुनै पनि हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी प्रभावमा रहनेछ र मेरो लागि अदालतले अन्यथा निर्धारण नगरून्जेल स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू नियन्त्रण गर्नेछ। अदालतले सीमा, निलम्बन वा समाप्ति मेरो हितमा छ भनी फेला पारेमा यो वा पछिको कुनै पनि हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको सीमा निर्धारण, निलम्बन वा समाप्त गर्नेछ। [R.C. §1337.28 (C)]

मेरो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा मेरो एजेन्टलाई दिइएको अधिकारले मेरो व्यक्तिको संरक्षक नियुक्त गर्ने कुनै पनि अदालतको आवश्यकतालाई हटाउनेछ भन्ने मेरो मनसाय छ। यद्यपि, यदि यस्तो कारबाही सुरु भएमा, म तलका व्यक्ति(हरू)लाई मेरो व्यक्तिको संरक्षकको रूपमा सूचीबद्ध गरिएको क्रममा मनोनीत गर्छु।

यस बाकसमा मेरो नामको आद्याक्षर, हस्ताक्षर, हस्ताक्षर वा अन्य चिन्ह लेखेर म मेरो एजेन्ट र वैकल्पिक एजेन्ट(हरू), कुनै हो भने माथिको नामको क्रममा **मेरो व्यक्तिको संरक्षक** हुन मनोनीत गर्छु।

मैले **मेरो व्यक्तिको संरक्षक** हुनका लागि मेरो एजेन्ट वा वैकल्पिक एजेन्टलाई रोजिन भने म निम्न व्यक्ति(हरू) रोज्छु यस क्रममा [कुनै पनि प्रयोग नगरिएका लाइनहरू निकाल्नुहोस्]:

मेरो व्यक्तिको नाम र सम्बन्धको संरक्षक: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

मेरो व्यक्तिको नाम र सम्बन्धको वैकल्पिक संरक्षक: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

प्रयोग नगरिएको खण्डमा X बाहिरी क्षेत्र

सम्पत्तिको संरक्षक भन्नाले अदालतको संलग्नतामा वार्डको तर्फबाट आर्थिक निर्णयहरू लिनका लागि अदालतले नियुक्त गरेको व्यक्तिलाई बुझाउँछ। बन्ड लिखित रूपमा माफ नरिन्जेल वा अदालतले यो अनावश्यक नपाउन्जेल सम्पत्तिको संरक्षकलाई बन्धनमा राख्नु आवश्यक छ।



यस बाकसमा मेरो नामको आद्याक्षर, हस्ताक्षर, हस्ताक्षर, जाँच गरेर वा अन्य चिन्ह राखेर म मेरो एजेन्ट वा वैकल्पिक एजेन्ट(हरू), कुनै हो भने माथिको नामको क्रममा **मेरो सम्पत्तिको संरक्षक**को रूपमा मनोनीत गर्छु।

मैले **मेरो सम्पत्तिको संरक्षक हुन**का लागि मेरो एजेन्ट वा वैकल्पिक एजेन्टलाई रोजिन भने म निम्न व्यक्ति(हरू) रोज्छु यस क्रममा [कुनै पनि प्रयोग नगरिएका लाइनहरू निकाल्नुहोस्]:

प्रयोग नगरिएको खण्डमा X बाहिरी क्षेत्र

मेरो सम्पत्ति र सम्बन्धको संरक्षक: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

मेरो सम्पत्ति र सम्बन्धको वैकल्पिक संरक्षक: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर(हरू): _____



यस बाकसमा मेरो नामको आद्याक्षर, हस्ताक्षर, चिन्ह वा अन्य चिन्ह राखेर म **मेरो सम्पत्तिको संरक्षक** वा उत्तराधिकारी संरक्षकका लागि त्यो बन्ड माफ गर्न निर्देशन दिन्छु। [R.C. §1337.28 (B)]

मैले यो बाकसमा कुनै चिन्ह **नबनाएको** भए, यसको मतलब म मेरो सम्पत्तिको संरक्षक वा उत्तराधिकारी संरक्षकलाई बन्धनमा राखेको छु भन्ने अपेक्षा गर्छु भन्ने हो। [R.C. §1337.28 (B)]

कुनै म्याद सकिने मिति छैन। यस हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको कुनै म्याद सकिने तारिख हुनेछैन र मेरो अक्षमता वा समय सकिँदा यसले प्रभाव पार्नेछैन।

एजेन्टबाट कार्यान्वयन। मेरो एजेन्टले मेरो लागि मेरो खर्चमा, मेरो एजेन्टले यस कागजात अन्तर्गत मेरो इच्छाहरू लागू गर्न उचित ठानेका कुनै पनि कार्य गर्न सक्छ।

एजेन्टको व्यक्तिगत दायित्वलाई जारी गर्नु। कर्तव्यको उल्लङ्घन बेईमानी, अनुचित उद्देश्यले वा यस कागजातको उद्देश्य वा मेरो सर्वोत्तम हितहरूमा लापरवाह उदासीनताका साथ नगरिन्जेल मेरो एजेन्ट कर्तव्यको कुनै पनि उल्लङ्घनका लागि म वा अन्य कुनै व्यक्तिका लागि उत्तरदायी हुनेछैन। [R.C. §1337.35]

प्रतिलिपिहरू असली जस्तै छन्। कुनै पनि व्यक्ति यस कागजातको प्रतिलिपिमा भर पर्न सक्छ। [R.C. §1337.26(D)]

राज्य बाहिरको आवेदन। म यो कागजातलाई कानूनले अनुमति दिएको हदसम्म कुनै पनि अधिकार क्षेत्रमा सम्मान गर्न चाहन्छु। [R.C. §1337.26(C)]

मैले लिभिड विल पुरा गरेको छु:

छु _____ छैन _____

प्रिन्सिपलको हस्ताक्षर

मैले मेरो परिवारका सदस्यहरू र मेरो चिकित्सक, मेरो अधिवक्ता, मेरो धार्मिक सल्लाहकार र अन्यलाई यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको बारेमा बताउनका लागि जिम्मेवार छु भनी बुझेको छु। मैले यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको प्रतिलिपिहरू कुनै पनि व्यक्तिलाई दिन सक्छु भन्ने मैले बुझेको छु।

मैले यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको प्रतिलिपिलाई प्रोबेट अदालतमा सुरक्षित राख्नका लागि फाइल गर्न सक्छु भनी बुझेको छु। [R.C. §1337.12(E)(3)]

मैले यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र हस्ताक्षरको तारिख बताउनुपर्छ र मेरो हस्ताक्षर कि त दुई वयस्कहरूबाट साक्षी हुनुपर्छ जो मेरो हस्ताक्षर साक्षी हुन योग्य छन् वा हस्ताक्षर नोटरी पब्लिकको सामु स्वीकार गर्नुपर्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। [R.C. §1337.12]

म यस हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा मेरो नाममा हस्ताक्षर गर्छु

_____ मा _____ ओहायोमा मेरो नाममा हस्ताक्षर गर्छु।

प्रिन्सिपल

[साक्षीहरू वा एक नोटरी स्वीकृति रोज्नुहोस्।]

साक्षीहरू [R.C. §1337.12(B)]

[निम्नलिखित व्यक्तिहरूले यस हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको साक्षीको रूपमा काम गर्न सक्दैनन्:

- कुनै छ भने तपाईंको एजेन्ट;
- कुनै छ भने तपाईंको व्यक्ति वा सम्पत्तिको संरक्षक;
- कुनै छ भने कुनै पनि वैकल्पिक वा उत्तराधिकारी एजेन्ट वा संरक्षक;
- रगत, विवाह वा धर्मपुत्र (उदाहरणका लागि तपाईंको जीवनसाथी र छोराछोरीहरू) बाट तपाईंसँग सम्बन्धित जो कोही पनि;
- तपाईंको उपस्थित चिकित्सक; र
- तपाईंले हेरचाह पाउनुभइरहेको कुनै पनि नर्सिङ होमको व्यवस्थापक।]

म प्रमाणित गर्छु कि प्रिन्सिपलले मेरो उपस्थितिमा यो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा हस्ताक्षर गरेको वा स्वीकार गरेको छ र घोषणा गर्ने व्यक्ति स्वस्थ दिमागको देखिन्छ र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा नपरेको वा नभएको छ।

_____/_____/_____
साक्षी एकजनाको हस्ताक्षर साक्षी एकजनाको प्रिन्ट गरिएको नाम तारिख

साक्षी एकजनाको ठेगाना

_____/_____/_____
साक्षी दुईजनाको हस्ताक्षर साक्षी दुईजनाको प्रिन्ट गरिएको नाम तारिख

साक्षी दुईजनाको ठेगाना

वा कुनै साक्षीहरू छैनन् भने:

नोटरी स्वीकृति [R.C. §1337.12]

ओहायो राज्य

_____ ss काउन्टी।

_____ मा मेरो अगाडि, अधोहस्ताक्षरित नोटरी पब्लिक, व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित भयो _____, उपरोक्त हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीको घोषणा गर्ने व्यक्ति र उसले यसमा उल्लेख गरेका उद्देश्यहरूका लागि कार्यान्वयन गरेको छ भनी स्वीकार गरेको छ। म प्रिन्सिपल स्वस्थ दिमागको र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा परेको छैन जस्तो देखिन्छ भनी प्रमाणित गर्छु।

नोटरी पब्लिक

मेरो आयोगको म्याद सकिन्छ: _____

मेरो आयोग स्थायी छ: _____

© जनवरी 2022। सार्वजनिक, अधिवक्ता, चिकित्सा र ओस्टियोपैथिक चिकित्सक, अस्पताल, बार एसोसिएसन, चिकित्सा समाज र गैर-नाफामुखी संघ र संस्थाहरूबाट प्रयोगका लागि फेरि प्रिन्ट गर्न र प्रतिलिपि निकाल्न सकिन्छ। यसलाई व्यावसायिक रूपमा नाफामा बिक्रीका लागि फेरि निकाल्न नसक्ने हुन सक्छ।

यस कागजात कार्यान्वयन गर्ने वयस्कहरूका लागि सूचना

यो एक महत्त्वपूर्ण कानूनी कागजात हो। यस कागजात कार्यान्वयन गर्नुभन्दा अघि तपाईंले यी तथ्यहरू जान्नुपर्दछ:

तपाईंले आफ्नो लागि सूचित स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिने क्षमता गुमाउनु हुन्छ भने यो कागजातले तपाईंले तोकेको व्यक्तिलाई (वास्तवमा अधिवक्ता) लाई तपाईंका लागि सबैभन्दा धेरै स्वास्थ्य सेवाका निर्णयहरू लिने शक्ति दिन्छ। यो शक्ति तपाईंको उपस्थित चिकित्सकले तपाईं आफ्ना लागि सूचित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिने क्षमता गुमाउनुभएको छ भनेर तय गर्दा मात्र र यो कागजातको बाबजुद पनि प्रभावकारी हुन्छ, तपाईंको आफ्ना लागि सूचित स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिन सक्ने क्षमता हुन्जेल तपाईंले आफ्ना सबै चिकित्सा र अन्य स्वास्थ्य सेवाका निर्णयहरू लिने अधिकार कायम राख्नुहुन्छ।

तपाईंले यस कागजातमा वास्तवमा आफ्ना लागि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिनका लागि अधिवक्ताको अधिकारमा विशेष सीमाहरू समावेश गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले यो कागजातमा समावेश गर्नुभएका कुनै पनि विशेष सीमाहरू अन्तर्गत, तपाईंको उपस्थित चिकित्सकले तपाईंले स्वास्थ्य सेवा विषयमा सूचित निर्णय लिने क्षमता गुमाउनुभएको छ भनेर निर्धारण गर्छ भने वास्तवमा अधिवक्तालाई सामान्यतया यस कागजातद्वारा तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिनका लागि अधिकार दिइनेछ तपाईंको त्यसो गर्ने क्षमता थियो भने जसरी तपाईंले ती निर्णयहरू आफैले लिन सक्नुहुन्छ। वास्तवमा तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिने अधिवक्ताको अधिकारमा सामान्यतया सूचित सहमति दिन अस्वीकार गर्ने वा कुनै हेरचाह, उपचार, सेवा दिने वा शारीरिक वा मानसिक स्थिति कायम राख्ने प्रक्रिया, निदान वा उपचार गर्ने सूचित सहमति फिर्ता लिने अधिकार समावेश हुनेछ।

यद्यपि, वास्तवमा अधिवक्ताको यस कागजात अन्तर्गत तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिने सामान्य अधिकार भएता पनि, वास्तवमा अधिवक्तालाई निम्न मध्ये कुनै पनि गर्नका लागि अधिकार दिइने छैन:

(1) तपाईंको उपस्थित चिकित्सक र तपाईंको परीक्षण गर्ने अन्य चिकित्सकले चिकित्सा निश्चितताको उचित मात्रामा र उचित चिकित्सा मापदण्डहरू अनुसार निम्न मध्ये कुनै एक लागू हुने गरी निर्धारण नगरेसम्म जीवन--जीवित राख्ने उपचारका लागि सूचित सहमति अस्वीकार गर्नुहोस् वा फिर्ता लिनुहोस्:

(a) तपाईं एक अपरिवर्तनीय, निको नहुने र उपचार गर्न नसकिने रोग, बिमारी, वा चोटबाट पीडित हुनुहुन्छ

(i) जसबाट निको हुन सक्दैन र

(ii) तपाईंको मृत्यु अपेक्षाकृत छोटो समय भित्रै हुनसक्छ यदि जीवन--जीवित राख्ने उपचार गरेको छैन र तपाईंको उपस्थित चिकित्सकले चिकित्सा निश्चितताको उचित मात्रामा र उचित चिकित्सा मापदण्डहरूको अनुसार निर्धारित गरेमा तपाईंले आफ्नो लागि सूचित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन सक्ने क्षमता पुनः प्राप्त गर्नुहुनेछ भन्ने कुनै उचित सम्भावना छैन।

(b) तपाईं सधैंका लागि अचेतनाको स्थितिमा हुनुहुन्छ जुन तपाईं आफैं र आफ्नो पर्यावरण र सेरेब्रल कोर्टिकल कार्यको पूर्ण हानिको विशेषता हो जसको परिणामस्वरूप तपाईंमा दुखाइ वा पीडा अनुभव गर्ने क्षमता छैन र तपाईंको उपस्थित चिकित्सकले पनि चिकित्सा निश्चितताको उचित मात्रामा र उचित चिकित्सा मापदण्ड अनुसार तपाईंले आफ्नो लागि सूचित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन सक्ने क्षमता पुनः प्राप्त गर्नुहुनेछ भन्ने कुनै उचित सम्भावना छैन।

(2) तपाईंलाई आरामदायी हेरचाह प्रदान गर्न आवश्यक स्वास्थ्य सेवाको सूचित सहमति अस्वीकार वा फिर्ता लिनुहोस् (त्यस बाहेक, वास्तवमा अधिवक्तालाई तल (4) अन्तर्गत त्यसो गर्न निषेध नगरिएमा वास्तवमा अधिवक्ताले तल (4) अन्तर्गत उल्लेख गरिए अनुसार तपाईंलाई पोषण वा हाइड्रेशनको प्रावधानका लागि सूचित सहमति अस्वीकार वा फिर्ता लिन सक्छ। (तपाईंले बुझ्नुपर्छ कि तपाईंको पीडा वा बेचैनी कम गर्नका लागि दिइएको, तपाईंको मृत्युलाई रोक्नका लागि र अन्य कुनै पनि आरामदायी हेरचाहलाई ओहायो कानूनमा कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा दिइएको अन्न (पोषण) वा तरल पदार्थ (हाइड्रेशन) का लागि परिभाषित गरिएको छ।

ओहायो संशोधित कोड §1337.17 बाट आवश्यक सूचना

तपाईंको मृत्युलाई नभई तपाईंको पीडा वा बेचैनीलाई कम गर्नका लागि लिइने चिकित्सा वा नर्सिङ प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप वा अन्य उपाय। फलस्वरूप, तपाईंको उपस्थित चिकित्सकले पहिले उल्लेख गरिएको चिकित्सा वा नर्सिङ प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप वा अन्य उपायले तपाईंलाई सान्त्वना प्रदान गर्न वा तपाईंको दुखाइ कम गर्न काम गर्दैन वा अब काम गर्दैन भनेर निर्धारण गर्नुहुन्छ भने त्यसोभए, तल (4) को अन्तर्गत तपाईंको अधिवक्तालाई वास्तवमा प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप, वा अन्य उपायमा सूचित सहमति अस्वीकार गर्न वा फिर्ता लिन अधिकार दिइनेछ।);

(3) तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ भने र अस्वीकार गर्ने वा फिर्ता लिनुले गर्भावस्था (गर्भावस्था वा स्वास्थ्य सेवाले तपाईंको जीवनमा ठूलो जोखिम पैदा नगरुन्जेल वा तपाईंको उपस्थित चिकित्सक र तपाईंको परीक्षण गर्ने कम्तीमा अर्को एउटा चिकित्सक नहुन्जेल चिकित्सा निश्चितताको उचित मात्रामा र उचित चिकित्सा मापदण्डहरू अनुसार निर्धारण नरुन्जेल भ्रूण जीवित जन्मिने छैन भन्ने कुराको निर्धारण गर्दछ)को अन्त हुनेछ भने तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवामा सूचित सहमति अस्वीकार गर्नुहोस् वा फिर्ता लिनुहोस्;

(4) तपाईंलाई कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा दिइएको आहार (पोषण) वा तरल पदार्थ (हाइड्रेसन) को प्रावधानका लागि सूचित सहमति अस्वीकार गर्नुहोस् वा फिर्ता लिनुहोस्, जबसम्म:

(a) तपाईं अन्तिम स्थितिमा वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा हुनुहुन्छ।

(b) तपाईंको उपस्थित चिकित्सक र तपाईंको परीक्षण गर्ने कम्तीमा अर्को एउटा चिकित्सक नहुन्जेल चिकित्सा निश्चितताको उचित मात्रामा र उचित चिकित्सा मापदण्डहरू अनुसार त्यो पोषण वा हाइड्रेसनले तपाईंलाई आराम प्रदान गर्न वा तपाईंको दुखाइ कम गर्नका लागि काम गर्दैन वा अब उप्रान्त काम गर्नेछैन।

(c) यदि, तर तपाईं सधैंका लागि अचेत स्थितिमा हुनुहुन्छ भने तपाईंले अधिवक्तालाई वास्तवमा यस कागजातमा निम्न दुवै कार्यहरू गरेर तपाईंलाई पोषण वा हाइड्रेसनको प्रावधानमा सूचित सहमति अस्वीकार गर्न वा फिर्ता लिन अधिकार दिन्छ:

(i) ठूला अक्षर वा अन्य विशेष किसिमका विवरण लगायतका भिन्न फन्ट, ठूलो प्रकार वा बोल्डफेस प्रकार सहित तर यसैमा सीमित छैन, तपाईं सधैंका लागि अचेत स्थितिमा हुनुहुन्छ र पोषण वा हाइड्रेसनले तपाईंलाई आराम दिन वा तपाईंको दुखाइ कम गर्न वा अब उप्रान्त काम गर्नेछैन भन्ने दृढ संकल्प बनाइयो भने वा यस कागजातमा उस्तै विवरणसँग जोडिएको कुरा जाँच गरे वा अन्यथा बक्स वा रेखा चिन्ह लगाए (कुनै छ भने) अधिवक्ताले वास्तवमा तपाईंलाई पोषण वा हाइड्रेसनको प्रावधानमा सूचित सहमति अस्वीकार गर्न वा फिर्ता लिन अधिकार दिन्छ;

(ii) पहिले उल्लेख गरिएको विवरण, जाँच वा अन्य चिन्हको मुनि वा छेउमा आफ्नो प्रारम्भिक अक्षर वा हस्ताक्षर राख्नुहोस्।

(d) तपाईंको उपस्थित चिकित्सकले राम्रो विश्वासमा तपाईंले उल्लेखित (4)(c)(i) र (ii) को उपरोक्त आवश्यकताहरूको पालना गरेर सधैंका लागि अचेत अवस्थामा हुनुहुन्छ भने तपाईंले पोषण वा हाइड्रेसनको प्रावधानमा सूचित सहमति अस्वीकार गर्न वा फिर्ता लिनका लागि अधिवक्तालाई वास्तवमा अधिकार दिनुभएको छ।

(5) तपाईंले पहिले सहमति जनाउनुभएको कुनै पनि स्वास्थ्य सेवाको सूचित सहमति फिर्ता लिनुहोस् जसका लागि तपाईंको शारीरिक अवस्थामा बदलावले तपाईंलाई त्यो स्वास्थ्य सेवाको लाभमा उल्लेखनीय रूपमा कमी नआएसम्म वा स्वास्थ्य सेवाका उद्देश्यहरू प्राप्त नगर्न महत्त्वपूर्ण रूपमा प्रभावकारी नहुन्जेल वा अब नहुन्जेल तपाईंले यसको प्रयोगका लागि सहमति जनाउनुभएको छ।

साथै, तपाईंका लागि स्वास्थ्य हेरचाह निर्णयहरू लिने अधिकार प्रयोग गर्दा वा तपाईंका इच्छाहरू अज्ञात छन् भने तपाईंको सर्वोत्तम हितमा काम गर्न अधिवक्ताले वास्तवमा तपाईंको इच्छाहरू अनुरूप कार्य गर्नुपर्छ। तपाईंले आफ्नो इच्छालाई यस कागजातमा समावेश गरेर वा अन्य तरिकामा अधिवक्तालाई जानकारी गराएर अधिवक्तसँग वास्तवमा व्यक्त गर्न सक्नुहुन्छ।

यस कागजातको पालना गर्दा तपाईंले प्रस्तावित स्वास्थ्य सेवाको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्ने, स्वास्थ्य सेवा रेकर्डहरू समीक्षा गर्ने र स्वास्थ्य सेवा रेकर्डहरूको खुलासामा सहमति दिने अधिवक्तसँग वास्तवमा समान अधिकार हुनेछ। तपाईंले रोज्नुहुन्छ भने तपाईंले यो कागजातमा अधिकारलाई सीमित पार्न सक्नुहुन्छ।

ओहायो संशोधित कोड §1337.17 बाट आवश्यक सूचना

सामान्यतया, तपाईंले यस कागजात अन्तर्गत वास्तवमा कुनै पनि सक्षम वयस्कलाई अधिवक्ताको रूपमा राख्न सक्नुहुन्छ। यद्यपि, तपाईंले यस कागजात अन्तर्गत अधिवक्ताको रूपमा वास्तवमा हेरचाह पाउनुभइरहेको कुनै पनि नर्सिङ होमको आफ्नो उपस्थित चिकित्सक वा प्रशासक राख्न सक्नुहुन्छ। साथै, वास्तवमा यस कागजात अन्तर्गत अधिवक्ताको रूपमा कुनै पनि प्रकारको कर्मचारी वा एजेन्ट सक्षम वयस्क नभएसम्म र रगत, विवाह वा धर्मपुत्रद्वारा तपाईंसँग सम्बन्धित नहुनेजेल वा कुनै पनि प्रकारको कर्मचारी वा एजेन्ट सक्षम वयस्क नभएसम्म र तपाईं र कर्मचारी वा एजेन्ट एउटै धार्मिक व्यवस्थाका सदस्य नहुनेजेल तपाईं आफ्नो उपस्थित चिकित्सकको कर्मचारी वा एजेन्ट वा तपाईंको उपचार गरिरहेका स्वास्थ्य सेवा केन्द्रका कर्मचारी वा एजेन्ट नियुक्त गर्न सक्नुहुँदैन।

ओहायो कानून अन्तर्गत यो कागजातको म्याद सकिने तारिख छैन तर तपाईंले स्वास्थ्य सेवाका लागि तपाईंको टिकाउ पावर अफ एटर्नीको म्याद समाप्त हुने तारिख तोक्न सक्नुहुन्छ। यद्यपि, तपाईंले म्याद सकिने तारिख तोक्नुहुन्छ र त्यस तारिखमा आफ्नो लागि सूचित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिने क्षमताको कमी भएमा कागजात र यसले तपाईंको अधिवक्तालाई दिएको शक्ति वास्तवमा तपाईंले आफ्नो लागि सूचित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिने क्षमता पुनः प्राप्त नगरुनेजेल प्रभावमा रहनेछ।

तपाईंको वास्तवमा वकिलको पद रद्द गर्ने अधिकार छ र यो सम्पूर्ण कागजातलाई कुनै पनि समय र कुनै पनि तरिकाले रद्द गर्ने अधिकार छ। तपाईंले खारेज गर्ने आफ्नो अभिप्राय प्रकट गर्दा त्यस्ता कुनै रद्दीकरण सामान्यतया प्रभावकारी हुनेछ। यद्यपि, तपाईंले आफ्नो उपस्थित चिकित्सकलाई यस कागजातको बारेमा सचेत बनाउनु हुन्छ भने त्यस्तो कुनै पनि खारेज तपाईंले यसलाई तपाईंको उपस्थित चिकित्सकलाई बताउनुहुँदा वा खारेजको साक्षी वा अन्य स्वास्थ्य सेवा कर्मचारीहरूलाई तपाईंको उपस्थित चिकित्सकलाई सूचित गर्ने त्यस्ता साक्षीद्वारा खारेज गरिँदा मात्र प्रभावकारी हुनेछ।

तपाईंले यो कागजात कार्यान्वयन गर्नुहुन्छ र यससँग स्वास्थ्य सेवाका लागि मान्य टिकाउ पावर अफ एटर्नी बनाउनु हुन्छ भने तपाईंले यस कागजातमा अन्यथा संकेत नगरेसम्म यसले तपाईंले बनाउनु भएको स्वास्थ्य सेवाका लागि कुनै पनि अधिल्लो, मान्य टिकाउ पावर अफ एटर्नी रद्द गर्नेछ।

यो कागजात यो नोटरी पब्लिकको अगाडि स्वीकार नगरिनेजेल वा कम्तीमा दुई वयस्क साक्षीहरू तपाईंले हस्ताक्षर गर्दा वा तपाईंको हस्ताक्षर स्वीकार गर्दा उपस्थित हुने व्यक्तिले हस्ताक्षर नगरिनेजेल स्वास्थ्य सेवाका लागि दिगो पावर अफ एटर्नीको रूपमा मान्य छैन। रगत, विवाह वा धर्मपुत्रबाट तपाईंसँग सम्बन्धित कुनै व्यक्ति साक्षी हुन सक्दैन। वास्तवमा अधिवक्ता, तपाईंको उपस्थित चिकित्सक र तपाईंले हेरचाह प्राप्त गरिरहनुभएका कुनै पनि नर्सिङ होमका प्रशासक पनि साक्षी हुन अयोग्य छन्। यस कागजातमा तपाईंले नबुझेको केही कुरा छ भने, तपाईंले आफ्नो वकिललाई त्यो बताउन सोध्नु पर्छ।

ओहायो संशोधित कोड §1337.17 बाट आवश्यक सूचना

परिशिष्ट

मार्च 2014 मा हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीसम्बन्धी कानूनका केही प्रावधानहरू परिवर्तन हुँदा यो सूचना अपडेट गरिएको थिएन। कृपया निम्न परिवर्तनहरूको बारेमा सुझाव दिनुहोस्:

तपाईंले आफ्नो एजेन्टलाई कानूनद्वारा सुरक्षित गरिएको र अन्यथा तपाईंको एजेन्टलाई उपलब्ध नहुने जानकारी सहित आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्नका लागि अधिकार दिन सक्नुहुन्छ तर आवश्यक पर्दैन। तपाईंले आफ्नो एजेन्टलाई यो कागजातमा हस्ताक्षर गरेपछि वा पछि कुनै पनि समयमा आफ्नो स्वास्थ्य जानकारीमा पहुँच गर्न अधिकार दिन सक्नुहुन्छ, यद्यपि तपाईं अझै पनि आफ्नो स्वास्थ्य हेरचाहसम्बन्धी निर्णयहरू आफै लिन सक्नुहुन्छ।

तपाईंले यो कागजातलाई तपाईं वा तपाईंको सम्पत्तिका लागि संरक्षकको नाम राख्नका लागि प्रयोग गर्न आवश्यक छैन तर संरक्षकत्वको कार्यवाही सुरु गरिनु पर्छ।

© जनवरी 2022। सार्वजनिक, अधिवक्ता, चिकित्सा र ओस्टियोपैथिक चिकित्सक, अस्पताल, बार एसोसिएसन, चिकित्सा समाज र गैर-नाफामुखी संघ र संस्थाहरूबाट प्रयोगका लागि फेरि प्रिन्ट गर्न र प्रतिलिपि निकाल्न सकिन्छ। यसलाई व्यावसायिक रूपमा नाफामा बिक्रीका लागि फेरि निकाल्न नसक्ने हुन सक्छ।

ओहायो राज्य घोषणा गर्ने व्यक्तिलाई लिभिड विल डिकलेरेशन

यस लिभिड विल डिकलेरेशनको उद्देश्य तपाईं सूचित चिकित्सा निर्णयहरू लिन सक्नुहुँदैन र अन्तिम स्थितिमा वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा हुनुहुन्छ भने कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण र हाइड्रेसन लगायतका तपाईंको इच्छालाई जीवन---जीवित राख्ने उपचारको कागजात पत्र गर्नु, रोक्नु वा फिर्ता लिनु हो। यो लिभिड विल डिकलेरेशनले तपाईंलाई आरामदायी हेरचाह प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवा कर्मचारीहरूको जिम्मेवारीलाई प्रभाव पार्दैन। आराम हेरचाह भन्नाले बिरामीको पीडा वा बेचैनी कम गर्नका लागि गरिएको उपाय हो तर मृत्युलाई रोक्न होइन।

तपाईं CPR लगायतका कुनै पनि वा सबै किसिमका जीवन-जीवित राख्ने उपचारलाई सीमित गर्न रोज्नु हुँदैन भने तपाईंको रोज्ने कानूनी अधिकार छ र तपाईं आफ्नो चिकित्सा उपचार प्राथमिकताहरूलाई भिन्न कागजातमा लिखित रूपमा बताउन चाहन सक्नुहुन।छ।

ओहायो कानून अन्तर्गत, लिभिड विल डिकलेरेशन अन्तिम स्थिति वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा भएका व्यक्तिहरूका लागि मात्र लागू हुन्छ। तपाईं अन्य परिस्थितिहरूमा चिकित्सा उपचार निर्देशित गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी तयार पार्नुपर्छ। तपाईं अन्तिम स्थितिमा हुनुहुन्छ वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा हुनुहुन्छ भने यो लिभिड विल डिकलेरेशनले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा प्राथमिकता लिन्छ।

[तपाईंको चिकित्सा स्थिति परिवर्तन भएमा वा तपाईंले पछि हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी पूरा गर्ने निर्णय लिएमा तपाईंले नयाँ लिभिड विल डिकलेरेशन पूरा गर्ने बारेमा विचार गर्नुपर्छ। तपाईंसँग लिभिड विल डिकलेरेशन र हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी दुवै छ भने तपाईंले यी कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू सँगै राख्नु पर्छ। तपाईं स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा बिरामी हुनुहुन्छ वा तपाईंले आफ्नो चिकित्सकसँग आफ्नो मेडिकल रेकर्डहरू अपडेट गर्दा आफ्नो कागजात(हरू) साथमा ल्याउनुहोस्।]



ओहायो लिभिड विल डिकलेरेशन

[R.C. §2133]

(पुरा नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्)

(जन्म मिति)

यो मेरो लिभिड विल डिकलेरेशन हो। मैले हस्ताक्षर गरेको सबै पूर्व लिभिड विल डिकलेरेशनलाई रद्द गर्दछु। म यस कागजातको प्रकृति र उद्देश्य बुझ्छु। कुनै प्रावधान अमान्य वा अप्रवर्तनीय पाइन्छ भने यसले यस कागजातको बाँकी भागलाई प्रभाव पार्दैन।

म स्वस्थ दिमागको हुँ र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा परेको छैन। म एक सक्षम वयस्क हुँ जसले यो कार्यको परिणामलाई बुझ्छ र स्वीकार गर्दछ। म स्वेच्छाले मेरो निर्देशनको घोषणा गर्दछु कि मेरो मृत्यु कृत्रिम रूपमा लामो समयसम्म नगरियोस्। [R.C. §2133.02 (A)(1)]

म यो लिभिड विल डिकलेरेशनलाई मेरो परिवार र चिकित्सकहरूले निश्चित स्वास्थ्य सेवा अस्वीकार गर्ने मेरो कानूनी अधिकारको अन्तिम अभिव्यक्तिको रूपमा सम्मान गर्नेछु भन्ने चाहन्छु। [R.C. §2133.03(B)(2)]

परिभाषा

वयस्क भन्नाले 18 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको व्यक्ति हो।

एजेन्ट वा अटर्नी-इन-फ्याक्ट भन्नाले एक सक्षम वयस्क हो जसलाई एक व्यक्ति ("प्रिन्सिपल") ले प्रिन्सिपलका लागि स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिन हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा नाम दिन सक्छ।

कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन भन्नाले इन्ट्रिभेनस वा ट्युब फिडिङ मार्फत उपलब्ध गराइने खाना र तरल पदार्थलाई बुझाउँछ। [तपाईंले फिडिङ ट्युबलाई अस्वीकार वा बन्द गर्न सक्नुहुन्छ वा आफ्नो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी एजेन्टलाई कृत्रिम पोषण वा हाइड्रेसन अस्वीकार वा बन्द गर्न अधिकार दिन सक्नुहुन्छ।]

कम्फर्ट केयर भन्नाले पोषण र-वा हाइड्रेसन सहितको कुनै पनि उपाय, चिकित्सा वा नर्सिङ प्रक्रिया, उपचार वा हस्तक्षेपलाई बुझिन्छ जुन बिरामीको पीडा वा बेचैनी कम गर्नका लागि गरिन्छ तर मृत्युलाई रोक्न होइन।

CPR भन्नाले कार्डियोपल्मोनरी रिस्पिटेशन बुझिन्छ जुन कुनै पनि व्यक्तिको सास फेर्न वा मुटुको धड्कन एक पटक रोकिएपछि सुरु गर्ने धेरै तरिकाहरू मध्ये एउटा हो। यसले रिस्पिटेशन बाहेक कुनै अन्य कारणले गर्दा कुनै व्यक्तिको वायुमार्ग सफा गर्ने समावेश गर्दैन।

घोषणा गर्ने व्यक्ति भन्नाले लिभिड विल डिकलेरेशनमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति हो।

रिसुसिटेशन नगर्नुहोस् वा DNR आदेश भन्नाले बिरामीले कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन प्राप्त गर्नु हुँदैन भनेर संकेत गर्न बिरामीको रेकर्डमा लेखिएको चिकित्सकको मेडिकल अर्डर हो।

स्वास्थ्य सेवा भन्नाले कुनै व्यक्तिको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य कायम राख्न, निदान वा उपचार गर्नका लागि कुनै पनि हेरचाह, उपचार, सेवा वा प्रक्रियालाई बुझाउँछ।

स्वास्थ्य सेवाको निर्णय भन्नाले सूचित सहमति दिनु, सूचित सहमति दिन अस्वीकार गर्नु वा स्वास्थ्य सेवाका लागि सूचित सहमति फिर्ता लिनु हो।

हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी भन्नाले कानूनी कागजात हो जसले प्रिन्सिपलले अब त्यस्ता निर्णयहरू लिन नसक्दा प्रिन्सिपलले एजेन्टलाई धेरैजसो स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन अधिकार दिन्छ। साथै, प्रिन्सिपलले एजेन्टलाई प्रिन्सिपलको तर्फबाट र तुरुन्तै वा अन्य कुनै पनि समयमा सुरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी सङ्कलन गर्न अधिकार दिन सक्छ। हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी भन्नाले आर्थिक शक्तिको अधिकार होइन। हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी कागजातलाई व्यक्ति(हरू) लाई प्रिन्सिपलका व्यक्ति वा सम्पत्तिको संरक्षकको रूपमा काम गर्न मनोनीत गर्न पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। अदालतले प्रिन्सिपलका लागि संरक्षक नियुक्त गरेता पनि अदालतले अन्यथा निर्णय नलिएसम्म हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी प्रभावमा रहन्छ।

जीवन - जीवित राख्ने उपचार भन्नाले कुनै पनि चिकित्सा प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप वा अन्य उपाय हो जो बिरामीलाई दिइँदा मुख्य रूपमा मृत्युको प्रक्रियालाई बढाउँछ।

जीवित रहने इच्छाको घोषणा भन्नाले कानूनी कागजात हो जसले एक सक्षम वयस्क ("घोषणा गर्ने व्यक्ति") लाई घोषणा गर्ने व्यक्तिले ऊ वा उनी गम्भीर बिरामी हुँदा वा स्थायी रूपमा अचेत हुँदा र आफ्नो इच्छाहरू अब उप्रान्त बताउन नसक्दा कुन स्वास्थ्य सेवा चाहन्छ वा चाहँदैन भनी निर्दिष्ट गर्न दिन्छ। यो इच्छापत्र होइन र इच्छालाई प्रतिस्थापित गर्दैन जसलाई मृत्यु पछि व्यक्तिको सम्पत्ति प्रबन्ध गर्नका लागि कार्यकारी नियुक्त गर्न प्रयोग गरिन्छ।

स्थायी रूपमा अचेत अवस्था भन्नाले एक अपरिवर्तनीय स्थिति हो जसमा बिरामी आफैं वा आफू र वरपरको बारेमा स्थायी रूपमा अनभिज्ञ हुन्छ। कम्तीमा दुई चिकित्सकहरूले बिरामीको परीक्षण गर्नुपर्छ र बिरामीले उच्च मस्तिष्कको कार्य पूर्ण रूपमा गुमाएको छ र पीडा सहन वा महसुस गर्न असमर्थ छ भनेर सहमत हुनुपर्छ।

प्रिन्सिपल भन्नाले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा हस्ताक्षर गर्ने सक्षम वयस्क सम्झनु पर्छ।

टर्मिनल शर्त भन्नाले प्रिन्सिपलको उपस्थित भएका चिकित्सक र प्रिन्सिपलको परीक्षण गरेका एक अर्का चिकित्सकद्वारा उपयुक्त चिकित्सा मापदण्ड अनुसारका निर्धारित रूपमा चिकित्सा सुनिश्चितताको उचित मात्रालाई, सोबाट रोग, बिमारी वा चोटका कारण अपरिवर्तनीय, निको पार्न नसकिने तथा उपचार गर्न नसकिने स्थिति भन्ने बुझिन्छ। (1) निको हुन सक्दैन र (2) जीवन-जीवित राख्ने उपचारको प्रबन्ध गरिएन भने तुलनात्मक रूपमा छोटो समयमै मृत्यु हुन सक्छ।

म मेरो चिकित्सकलाई आरामको हेरचाह प्रदान गर्ने उद्देश्यका लागि अधिकार प्रदान गर्छु:

1. CPR लगायतका जीवन-जीवत राख्ने उपचारको प्रबन्ध नगर्नुहोस्;
2. कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन रोक्नुहोस् वा फिर्ता लिनुहोस्, म सधैंका लागि अचेत अवस्थामा छु भने मैले तलका **विशेष निर्देशनहरू** अन्तर्गत त्यस्ता रोक्ने वा फिर्ता लिने अधिकार दिएको छु र अन्य सर्तहरू पूरा भएको छ;
3. DNR आदेश जारी गर्नुहोस्;
4. मलाई आरामदायी बनाउन र पीडा कम गर्नका लागि मात्र आवश्यक हेरचाह प्रदान गर्दै मेरो मृत्यु रोक्न कुनै कदम नचाल्नुहोस्।

विशेष निर्देशनहरू



म विशेष रूपमा मेरो चिकित्सकलाई रोक्न अधिकार दिन्छु वा उपचारले कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसनको प्रावधानका लागि सहमति फिर्ता लिन सुरु गरेको छ भने म स्थायी रूपमा अचेत अवस्थामा छु र मेरो चिकित्सक र मेरो जाँच गरेका कम्तीमा एक अन्य चिकित्सकले उचित मात्रामा चिकित्सकीय निश्चितताका लागि कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण र हाइड्रेसनले मलाई आराम दिँदैन वा मेरो पीडालाई कम गर्दैन भनी निर्धारित गरेको छ। [R.C. §2133.02(A)(3) र R.C. §2133.08]

थप निर्देशन वा सीमाहरू

[तलको खाली ठाउँ पर्याप्त छैन भने तपाईंले थप पृष्ठहरू संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ।
तपाईंका कुनै अतिरिक्त निर्देशन वा सीमाहरू छैनन् भने तल "कुनै पनि छैन" लेख्नुहोस्।]

घोषणा गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर

मैले मेरो परिवारका सदस्यहरू, मेरो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा नाम दिइएको एजेन्ट (मसँग छ भने), मेरो चिकित्सक, मेरो अधिवक्ता, मेरो धार्मिक सल्लाहकार र अन्यलाई यो लिभिड विल डिक्लेरेशनको बारेमा बताउनका लागि जिम्मेवार छु भनी बुझेको छु। मैले यो लिभिड विल डिक्लेरेशनको प्रतिलिपिहरू कुनै पनि व्यक्तिलाई दिन सक्छु भन्ने मैले बुझेको छु।

मैले यो लिभिड विल डिक्लेरेशनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ (वा मेरो लागि हस्ताक्षर गर्न कुनै व्यक्तिलाई निर्देशन दिनु पर्छ) र हस्ताक्षरको तारिख बताउनुपर्छ र हस्ताक्षर कि त दुई वयस्कहरूबाट साक्षी हुनुपर्छ जो हस्ताक्षर साक्षी हुन योग्य छन् वा हस्ताक्षर नोटरी पब्लिकको सामु स्वीकार गर्नुपर्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। [R.C. §2133.02]

म यो लिभिड विल डिक्लेरेशनको

_____ मा _____ ओहायोमा मेरो नाममा हस्ताक्षर गर्छु।

घोषणा गर्ने व्यक्ति

[साक्षीहरू वा एक नोटरी स्वीकृति रोज्नुहोस्।]

साक्षीहरू [R.C. §2133.02(B)(1)]

[निम्नलिखित व्यक्तिहरूले यस लिभिड विल डिक्लेरेशनको साक्षीको रूपमा काम गर्न सक्दैनन्:

- कुनै छ भने तपाईंको हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा तपाईंको एजेन्ट;
- कुनै छ भने तपाईंको व्यक्ति वा सम्पत्तिको संरक्षक;
- कुनै छ भने कुनै पनि वैकल्पिक एजेन्ट वा संरक्षक;
- रगत, विवाह वा धर्मपुत्र (उदाहरणका लागि तपाईंको जीवनसाथी र छोराछोरीहरू) बाट तपाईंसँग सम्बन्धित जो कोही पनि;
- तपाईंको उपस्थित चिकित्सक; र
- तपाईंले हेरचाह पाउनुभइरहेको नर्सिङ होमको व्यवस्थापक।]

म प्रमाणित गर्छु कि घोषणा गर्ने व्यक्तिले मेरो उपस्थितिमा यो लिभिड विल डिक्लेरेशनमा हस्ताक्षर गरेको वा स्वीकार गरेको छ र घोषणा गर्ने व्यक्ति स्वस्थ दिमागको देखिन्छ र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा नपरेको वा नभएको छ।

_____/_____/_____
साक्षी एकजनाको हस्ताक्षर साक्षी एकजनाको प्रिन्ट गरिएको नाम तारिख

साक्षी एकजनाको ठेगाना

_____/_____/_____
साक्षी दुईजनाको हस्ताक्षर साक्षी दुईजनाको प्रिन्ट गरिएको नाम तारिख

साक्षी दुईजनाको ठेगाना

वा कुनै साक्षीहरू छैनन् भने

नोटरी स्वीकृति [R.C. §2133.02(B)(2)]

ओहायो राज्य

_____ ss काउन्टी।

_____ मा मेरो अगाडि, अधोहस्ताक्षरित नोटरी पब्लिक, व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित भयो

_____, उपरोक्त लिभिड विल डिक्लेरेशनको घोषणा गर्ने व्यक्ति र उसले यसमा उल्लेख गरेका उद्देश्यहरूका लागि कार्यान्वयन गरेको छ भनी स्वीकार गरेको छ। म घोषणा गर्ने व्यक्ति स्वस्थ दिमागको र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा परेको छैन जस्तो देखिन्छ भनी प्रमाणित गर्छु।

नोटरी पब्लिक

मेरो आयोगको म्याद सकिन्छ: _____

मेरो आयोग स्थायी छ: _____

© जनवरी 2022। सार्वजनिक, अधिवक्ता, चिकित्सा र ओस्टियोपैथिक चिकित्सक, अस्पताल, बार एसोसिएसन, चिकित्सा समाज र गैर-नाफामुखी संघ र संस्थाहरूबाट प्रयोगका लागि फेरि प्रिन्ट गर्न र प्रतिलिपि निकाल्न सकिन्छ। यसलाई फेरि निकाल्न नसक्ने हुन सक्छ व्यावसायिक रूपमा नाफामा बिक्रीका लागि।