



Доверенность по вопросам лечения и ухода

the power of attorney for health care

включая предварительные
медицинские указания,
информацию и инструкции по
заполнению

*includes living will (health care directive)
information and instructions*

WAHA End of Life Choices

Whatcom Alliance for Health Advancement
WAHA 360.788.6594 | TTY 1.800.833.6388
waha.acp@hinet.org
www.whatcomalliance.org

Уведомление для составляющего этот документ

Overview

Вы имеете право принимать решения о своем лечении и уходе. Никакое лечение или уход не может предоставляться вам, если вы против этого возражаете, а необходимое вам лечение не может быть прекращено или в нем не может быть отказано, если вы против этого возражаете. В некоторых случаях, однако, из-за серьезной болезни или несчастного случая, вы можете быть не в состоянии говорить за себя или сделать ваши пожелания о лечении и уходе известными.

You have the right to make decisions about your health care. No health care may be given to you over your objections, and necessary health care may not be stopped or withheld if you object. In some cases, however, because of a serious accident or illness, you may be unable to speak for yourself or make your wishes known.

Данная доверенность по вопросам лечения и ухода удовлетворяет правовые требования штата Вашингтон для назначения другого лица в принятии ваших решений по вопросам лечения и ухода, на тот случай если вы окажетесь не в состоянии принимать такие решения самостоятельно. В этом документе вы можете написать любые виды медицинской помощи, которые вы бы хотели или не хотели бы получать, а также вы можете ограничить полномочия вашего представителя. Лицо указанное в данной доверенности, является вашим представителем по вопросам лечения и ухода и принимает решения только тогда, когда врачи установили, что вы не в состоянии принимать собственные решения о лечении и уходе.

The Power of Attorney for Health Care meets Washington State's legal requirements for you to appoint another person to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. This person is your health care agent. In this document you may write out any types of health care that you do or do not want, and you may limit the authority of your health care agent. This Power of Attorney for Health Care is an important legal document that gives your health care agent broad powers to make health care decisions for you, but only when your doctors have determined you are incapable to make your own health care decisions.

Данный документ не дает вашему представителю по вопросам лечения и ухода никакой власти для принятия ваших финансовых или деловых решений, а также для принятия определенных решений в отношении вашего психиатрического лечения. Когда вы подписываете данный документ, то он отменяет любую предыдущую доверенность по вопросам лечения и ухода, которую вы, может быть, составили раньше.

It does not give your health care agent any authority to make your financial or business decisions or certain decisions about mental health treatment. When you sign this document, it revokes any prior Power of Attorney for Health Care that you may have made.

Если вы хотите изменить свою доверенность по вопросам лечения и ухода, то вы можете аннулировать этот документ в любое время, уничтожив его, или попросив другое лицо уничтожить документ в вашем присутствии, а также вы можете создать письменное и датированное заявление о том, что данная доверенность отменяется, или заявить вслух в присутствии двух свидетелей, что аннулируете данный документ. Если вы отменяете данную доверенность, то вам необходимо уведомить вашего представителя, вашего доктора, и всех лиц, которым вы предоставили копию данной доверенности.

If you wish to change your Power of Attorney for Health Care, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement, or by stating that it is revoked. If you revoke it, you should notify your health care agent, your health care providers, and any other person to whom you have given a copy.

Если вы заполняете новую доверенность по вопросам лечения и ухода, то документ с наиболее свежей датой является юридически действительным.

If you complete a new document, the one with the most recent date is the legal one.

Если вашим представителем является супруг(а), а ваш брак аннулирован или вы развелись после подписания этого документа, то назначение супруга(и) в качестве представителя по вопросам лечения и ухода будет недействительным.

If your agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, designation of your spouse as health care agent will no longer be valid.

Если у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с WAHA. Все услуги бесплатны и конфиденциальны.

If you have any questions, contact WAHA. All services are free and confidential.

360.788.6594

waha.acp@hinet.org

whatcomalliance.org/end-of-life-care

О том, как заполнить этот документ

How to complete this document

Доверенность по вопросам лечения и ухода делится на пять частей.

This Power of Attorney for Health Care form is divided into five parts.

ЧАСТЬ I Назначение представителя

PART I appointing a health care agent

ЧАСТЬ II Определение полномочий представителя

PART II granting authority to the health care agent

ЧАСТЬ III Указание специальных положений, желаний или ограничений

PART III stating desires, special provisions, or limitations

ЧАСТЬ IV Придание документу юридической силы

PART IV making the document legal

ЧАСТЬ V Распространение документа

PART V distributing your power of attorney for health care document

Каждая из этих частей имеет инструкции. Пожалуйста, прочитайте и следуйте инструкциям по заполнению каждой части документа.

Each of these parts has instructions. Please read and follow the instructions carefully.



WAHA End of Life Choices | Whatcom Alliance for Health Advancement
WAHA 360.788.6594 | TTY 1.800.833.6388
waha.acp@hinet.org | www.whatcomalliance.org

ЧАСТЬ I

Назначение представителя по вопросам лечения и ухода appointing a health care agent

Инструкция по заполнению

Instructions

Необходимо полностью понять в чем заключается смысл заполнения данного документа. Если наступит случай когда вы окажетесь не в состоянии принимать собственные решения о своем лечении и уходе, и вы определены как неспособное лицо в рамках государственного законодательства, то человек, которого вы назначите вашим представителем будет принимать решения по вашему лечению и уходу.

Understand the situation clearly. If you are no longer able to make your own health care decisions because you have been determined to be incapable under state law, the person you name to be your health care agent will make your health care decisions for you.

При выборе человека, как вашего представителя по вопросам лечения и ухода, вам необходимо определить кого-то, кто:

When selecting someone to be your health care agent, pick someone who

- хорошо вас знает
- кому вы доверяете
- кто готов уважать ваши взгляды и ценности на жизнь
- кто способен принимать трудные решения в стрессовых обстоятельствах

- knows you well
- you trust
- is willing to respect your views and values
- is able to make difficult decisions in stressful circumstances

Часто члены семьи являются хорошим выбором, но это бывает не всегда. Убедитесь, что вы выбираете человека, который будет внимательно следить за тем, что вы хотите, и будет хорошим защитником ваших интересов.

Often family members are good choices, but not always. Make sure that you pick someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you.

При принятии решения, вам потребуется время, чтобы обсудить этот документ, свои взгляды и убеждения о лечении и уходе с человеком, которого вы выбираете в качестве представителя, а также с теми людьми, которые могут заменить выбранного представителя.

Whatever you do, take time to discuss this document and your views with the person(s) you pick to be your agent and alternate agents.

Переверните страницу для продолжения ЧАСТИ I. Turn the page to continue PART I.

ЧАСТЬ I Назначение представителя по вопросам лечения и ухода

Инструкция по заполнению

Ваш представитель по вопросам лечения и ухода:

- должен быть в возрасте 18 лет или старше, и
- не является одним из врачей медицинского учреждения или сотрудником медицинского учреждения, однако это допускается если врач или сотрудник является вашим супругом (супругой), зарегистрированным семейным партнёром, взрослым ребёнком, или родным братом, или родной сестрой.

Далее в документе будет предоставлена графа, куда можно будет вписать имя и данные дополнительного представителя по вопросам лечения и ухода, который будет говорить за вас, если ваш основной представитель недоступен.

Если вы хотите, назначить дополнительных лиц в качестве альтернативных представителей по вопросам лечения и ухода, то потребуется приложить еще один лист бумаги с их именами и данными.

Instructions

Your health care agent:

- should be at least 18 years or older, and
- should not be one of your health care providers or an employee of your health care provider unless they are your spouse, state registered domestic partner, or adult child or brother or sister.

Space has been provided for you to identify an alternate health care agent who will speak for you if your first choice is unavailable.

If you wish to name additional alternate agents, you may need to attach another sheet of paper.

ВАЖНО! IMPORTANT!

Напишите печатными буквами ваше имя и укажите дату вашего рождения на каждой странице этого документа. Complete this section on **every** page in this document.



Джейн Смит

имя и фамилия (печатными буквами)

3/22/1972

дата рождения

ваше имя и фамилия (your name)

дата вашего рождения (your date of birth) телефон (day phone) мобильный (cell phone)

адрес (address)

город (city)

штат (state)

почтовый индекс (zip code)

Мой представитель по вопросам лечения и ухода:

The person I want for my health care agent is

имя и фамилия (name)

телефон (day phone)

мобильный (cell phone)

адрес (address)

город (city)

штат (state)

почтовый индекс (zip code)

Вышеупомянутое лицо будет выражать мои желания и принимать решения о моем лечении и уходе, если лечащие меня врачи установили, что я не в состоянии принимать собственные решения о лечении и уходе в соответствии с законодательством штата.

This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable to make health care decisions as provided under state law.



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

Дополнительный представитель по вопросам лечения и ухода:
Additional health care agent

Если мой главный представитель не хочет, не способен, или недоступен чтобы принять вместо меня решения о моем лечении и уходе, или если мой представитель является супругом (супругой), а наш брак аннулирован, или мы разведены, то я назначаю своего дополнительного представителя:

If this Health Care Agent is unable or unwilling to make these choices for me, or if my spouse is designated as my Health Care Agent and our marriage is annulled or we are divorced or legally separated, then my next choice for a Health Care Agent is

имя и фамилия (name)

телефон (day phone)

мобильный (cell phone)

адрес (address)

город (city)

штат (state)

почтовый индекс (zip code)



Определение полномочий представителя по вопросам лечения и ухода

Granting authority to the health care agent

Инструкция по заполнению

Если вы согласны с утверждением, поставьте свои инициалы рядом с утверждением (например, ИВ).
Если вы не согласны, или если утверждение не относится к вам, необходимо зачеркнуть всё утверждение (например, ~~зачеркнуть всё утверждение~~).

Instructions

If you agree with the statement, put your initials next to it (e.g. DS To make choices for me...).
If you do NOT agree or if the statement does not apply to you, cross out the entire statement (e.g. ~~to make choices for me~~).

Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода мог исполнять все перечисленные ниже полномочия:

I want my health care agent to be able to do the following:

_____ Сделать выбор за меня о лечении и уходе, такие как медицинские обследования, анализы, медикаменты, и операции. Если лечение уже началось, то мой представитель может, основываясь на моих указаниях и в соответствии с моими ранее выраженными желаниями, продолжить или прекратить его.

Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, and surgery. If treatment has already been started, my health care agent can keep it going or have it stopped depending upon my stated instructions or my best interests.

_____ Интерпретировать любое предписание, которое я указываю в данном документе или обсуждаю в устной форме, основываясь на том, что мой представитель понимает мои пожелания, ценности и убеждения.

Interpret any instruction I have given in this form or given in other discussions according to my health care agent's understanding of my wishes and values.

_____ Знакомиться с моей историей болезни и персональными файлами и разглашать их, насколько это необходимо для моего лечения и ухода.

Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

_____ Организовывать мое лечение и уход в штате Вашингтон или другом шате, когда считает такие действия целесообразными.

Arrange for my medical care and treatment in Washington or another state, as my health care agent thinks appropriate.

Переверните на страницу 4 для продолжения ЧАСТИ II. Turn to page 4 to continue PART II.



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

Определение полномочий представителя по вопросам лечения и ухода (продолжение)

Granting authority to the health care agent (continued)

Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода мог исполнять все перечисленные ниже полномочия:

I want my health care agent to be able to do the following:

_____ Определять, какие специалисты и учреждения в области здравоохранения будут заниматься моим лечением.

Determine which health professionals and organizations provide my medical treatment.

_____ Принимать решения о пожертвовании органов / тканей или пожертвовании тела после моей смерти, отражая мои пожелания и ценности, которые были заранее мною высказаны.

Make decisions about organ/tissue or body donation decisions (anatomical gifts) after my death according to my known wishes or values.

_____ В рамках соответствия моим указаниям, которые я излагаю в данном документе, отдавать меня в дом престарелых или дом для инвалидов с медицинским обслуживанием или пансионат для людей, нуждающихся в ограниченном уходе.

Admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay, subject to any limits I have set forth in this document.

_____ Извлекать или удерживать питательную трубку или внутривенное вливание жидкости, в соответствии с ограничениями изложенными мною в этом документе.

Have a feeding tube or IV hydration withheld or withdrawn from me subject to any limits I have set forth in this document.



ЧАСТЬ III

Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе

stating desires, special provisions, or limitations

Инструкция по заполнению

В ЧАСТИ III данной доверенности, у вас есть возможность предоставить конкретные инструкции вашему представителю и /или врачам, которые будут оказывать лечение и уход. Заполнив эту форму вы тем самым укажете, что вы хотите, чтобы информация, которую вы предоставляете была следована на основе вашего общего и конституционного права управлять своим собственным здоровьем и лечением.

Вы не обязаны предоставлять какие-либо письменные инструкции или ставить свои инициалы напротив указаний предложенных в Части III данной доверенности. Если вы решите не давать никаких указаний, то ваш представитель по вопросам лечения и ухода будет принимать решения, основываясь на ваших устных указаниях, или на том, что самым лучшим образом будет соответствовать вашим интересам.

Как заполнить ЧАСТЬ III:

- Если вы согласны с утверждением, поставьте свои инициалы напротив утверждения (например, ИВ).
- Если вы не согласны, или если утверждение не относится к вам, зачеркните всё предложение (например, ~~зачеркните всё предложение~~).
- Если вы решите не предоставлять какие-либо инструкции по всем разделам ЧАСТИ III, то рекомендуется, чтобы вы провели линию по диагонали страницы и написали "никаких инструкций" на всю страницу.

Вы можете добавить дополнительные листы бумаги и /или переписать все разделы Часть III своими словами.

Instructions

In this section, you have the option of providing specific instructions for your health care agent and/or the physicians giving you medical care. By completing this form you indicate that you want the information you provide to be followed based on your common law and constitutional right to direct your own health care.

You are not required to provide any written instructions or make any selections in Part III. If you choose not to provide any instructions, your health care agent will make decisions based on your oral instructions or what is considered your best interest.

Where indicated below

- If you agree with the statement, put your initials next to it (e.g. DS). If you do NOT agree or if the statement does not apply to you, cross out the entire statement (e.g. ~~cross out the entire statement~~).
- If you choose not to provide any instructions at all, it is recommended that you draw a line and write "no instructions" across the entire page.

You may add additional sheets of paper and/or re-write in your own words.

Переверните на страницу 6 для заполнения ЧАСТИ III.

Turn to page 6 to complete PART III.



Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе (продолжение)

stating desires, special provisions, or limitations (continued)

1. *Лечения продлевающие жизнь* life-prolonging treatments

Если наступит такой момент, когда мои врачи придут к выводам, что есть все разумные основания считать, что у меня не восстановится способность жить со смыслом*, понимать, кто и где я, кто моя семья, друзья, то я хочу, чтобы все меры направленные на продление моей жизни были прекращены и больше не применялись.

If I reach a point where my doctors feel it is reasonably certain that I will not recover my ability to interact meaningfully* with myself, my family, friends, and environment, I want to stop or withhold all treatments that might be used to prolong my life.

Меры направленные на продление жизни, которые я не желаю, если наступит момент описанный выше, включают в себя, но не ограничиваются следующим: парентеральное питание (зонд для искусственного кормления), внутривенное вливание жидкости, применение аппарата искусственного дыхания, сердечно-легочную реанимацию (CPR) и использование антибиотиков.

Treatments I would not want if I were to reach this point include but are not limited to tube feedings, IV hydration, breathing machines, CPR (chest compressions), and antibiotics.

* Вот что "жить со смыслом" означает для меня:

* This is what "to interact meaningfully" means to me:

Переверните на страницу 7 для продолжения ЧАСТИ III. Turn to page 7 to continue PART III.



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе (продолжение)

stating desires, special provisions, or limitations (continued)

2. Контроль боли и симптомов

pain and symptom control

Если я достигаю состояния, когда усилия по продлению моей жизни останавливаются, то я хочу чтобы ко мне применялись медицинские меры и уход, для снятия боли и чувства дискомфорта. If I reach a point where efforts to prolong my life are stopped, I want medical treatments and nursing care that will make me comfortable.

Важно соблюдать нижеперечисленные мною желания о комфорте (например, достаточное количество медикаментов по облегчению боли, даже если это приводит человека в сонливое состояние, духовная / религиозная поддержка, направление в хоспис). Если вы не напишите конкретные пожелания внизу, то ваш врач и медсестры обеспечат самый лучший возможный уровень ухода.

The following are important to me for comfort (for example, enough pain medicine to relieve pain even if it makes me drowsy, spiritual/religious support, referral to hospice). If you don't write specific wishes, your physician and nurses will provide the best standard of care possible.

Переверните на страницу 8 для продолжения ЧАСТИ III. Turn to page 8 to continue PART III.



Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе (продолжение)

stating desires, special provisions, or limitations (continued)

3. Другие запросы по уходу

other requests for care

Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода и другие лица, выполняли все мои предпочтения по следующим темам насколько это будет возможно (например, сколько времени отводится на посетителей /или покой и тишину; поддержка и соблюдение личной чистоты и гигиены; музыка, которую вы, возможно, захотите слушать / или наоборот вы предпочтёте молчание и тишину; желание на светлую / или тёмную комнату, и т.д.):

I would like my health care agent and others to see that my preferences on the following topics are honored as much as possible (having visitors / having privacy; tending to my personal care; music I might want to listen to / silence; a light room / a dark room, etc.):

Переверните на страницу 9 для продолжения ЧАСТИ III. Turn to page 9 to continue PART III.



Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе (продолжение)

stating desires, special provisions, or limitations (continued)

4. Помимо представителя по вопросам лечения и ухода, есть ли дополнительные лица, которых вы бы хотели регулярно информировать о вашем состоянии и здоровье?

In addition to your health care agent/s, who else would you like to have kept informed about your medical situation, if anyone?

Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода, предпринял всё возможное и разумное, чтобы подключить следующих лиц в процесс принятия решений по вопросам лечения и ухода, если на это будет время. I would like my health care agent to make reasonable attempts to include the following persons in my health care decisions if there is time.

5. Религиозные убеждения и духовные взгляды religious beliefs

Я исповедую _____ религию, и я являюсь членом _____ (церковь, община, собрание к которому вы принадлежите).

I am of the _____ faith, and am a member of the _____ (specific faith community you attend).

Телефон (если известен): _____
Day phone (if known).

Пожалуйста, попытайтесь связаться с вышеупомянутым религиозным заведением.
Please attempt to notify them.

Переверните на страницу 10 для продолжения ЧАСТИ III. Turn to page 10 to continue PART III.



Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе (продолжение)
 stating desires, special provisions, or limitations (continued)

6. Запросы на услуги после смерти
 requests for services after death

После смерти, я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода, моя семья и другие близкие, попытались сделать следующее (например, отпевание, поминки, различные религиозные обряды, похороны, кремация и т.д.). *Вы можете добавить дополнительные инструкции на отдельном листе.*

After I die, I would like my agent/ family / others to try to do the following (services, memorials, ceremonies, burial, or cremation). *You may add additional sheets of paper with more information.*

Переверните на страницу 11 для продолжения ЧАСТИ III. Turn to page 11 to continue PART III.



 имя и фамилия (печатными буквами)

 дата рождения

Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе

stating desires, special provisions, or limitations

7. Запросы на вскрытие (аутопсия)

autopsy requests

_____ Я разрешаю вскрытие моего тела, если это сможет помочь моим родственникам по крови понять причину моей смерти или помочь им с их будущими решениями о собственном лечении и уходе.

I would accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.

_____ Я разрешаю вскрытие, если это может помочь продвижению медицины или медицинского образования.

I would accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

_____ Я не разрешаю вскрытие моего тела.

I do not want an autopsy performed on me.

Если вы хотите, чтобы после смерти ваш организм целиком был отдан в целях продвижения медицинской науки, то необходимо принять меры заранее. Вот список учреждений, с которыми можно связаться по этому вопросу:

If you wish to donate your whole body after death to medical science, you must make arrangements in advance. Here are some places to contact:

- University of Washington Willied Body Program (University of Washington программа как пожертвовать тело для науки)
wbp.biostr.washington.edy/Overview/overview.html
- Washington State University Willied Body Program (Washington State University программа как пожертвовать тело для науки)
Public.wsu.edu/~wwami/body_donor/index.html

Переверните на страницу 12 для продолжения ЧАСТИ III. Turn to page 12 to continue PART II.



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

Заявление желаний, специальных положений, либо ограничений о лечении и уходе (продолжение)

stating desires, special provisions, or limitations (continued)

8. Пожертвование органов и тканей

organs or tissue donations

(Примеры органов, которые могли бы быть пожертвованы включают в себя почки, печень, сердце, легкие. Примеры тканей, которые могут быть пожертвованы включают глаза, кожу, кость, или сердечный клапан).

(Examples of organs that could be donated include kidney, liver, heart, lung; examples of tissue that could be donated include eye, skin, bone, or heart valve).

_____ Я согласен пожертвовать любыми органами или тканями, если я подхожу как кандидат.

I consent to donate any organs or tissue if I am a candidate.

_____ только для трансплантации
for transplants only

_____ для трансплантации или исследования
for transplant or research

_____ Я даю разрешение пожертвовать только следующими органами и частями моего организма, если это будет возможно (назовите конкретные органы или ткани).

_____ I consent to donate only the following organs or parts if possible (name the specific organs or tissue).

_____ Я не даю разрешение на пожертвование ни одним органом и ни одной тканью.

I do not want to donate any organ or tissue.



_____ имя и фамилия (печатными буквами)

_____ дата рождения

Придание документу юридической силы making the document legal

Инструкция по заполнению

По закону штата Вашингтон вы должны подписать и датировать этот документ в присутствии двух свидетелей. Рекомендуется (но это не обязательно), чтобы вы подписали этот документ в присутствии нотариуса

Instructions

Washington residents must sign and date this document in the presence of two witnesses. It is recommended (though not required) that you sign and have it witnessed in front of a Notary Public.

Я нахожусь в здравом уме, я согласен со всей информацией указанной в данном документе, и я составил этот документ по своей воле.

I am thinking clearly, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document willingly.

Моя подпись (My signature)

Дата (Date)

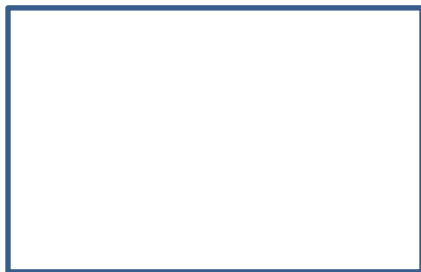
Notary Public

STATE OF WASHINGTON (COUNTY OF _____)

I certify that I know or have satisfactory evidence that the GRANTOR, _____ signed this instrument and acknowledged it to be his or her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

Я свидетельствую, что обладаю достаточными доказательствами чтобы подтвердить, что данное уполномочивающее лицо подписывает данный документ по собственной воле и находится в здравом уме, для назначения представителя по исполнению всех актов упомянутых в данном документе.

DATED this _____ day of _____ month, _____ year.



Notary public in and for the State of Washington, _____
Нотариус практикующий в штате Вашингтон,

residing at _____
находящийся по адресу

My commission expires _____
Общий срок доверенности

Your name (print) _____



_____ имя и фамилия (печатными буквами)

_____ дата рождения

ЧАСТЬ IV Придание документу юридической силы making the document legal

Заявление свидетеля номер 1

Я лично знаю человека для которого делается данная доверенность. У меня есть все основания верить, что этот человек находится в здравом уме и в возрасте как минимум 18 лет. Я свидетельствую подлинность подписи, и подтверждаю, что этот документ был подписан по собственной воле данного человека.

Подписывая данный документ я заверяю, нижеследующее:

- Мне как минимум 18 лет.
- К лицу подписавший данный документ, я не являюсь кровным родственником, родственником по браку, усыновлению или удочерению.
- Я заявляю, что в этом документе я не назначен представителем по вопросам лечения и ухода.
- Я не являюсь ответственным за финансирование лечения и ухода для данного лица.
- Я не являюсь врачом или медицинским работником, ухаживающим за данным лицом в настоящее время.
- Я не являюсь сотрудником медицинского учреждения, которое ответственно за лечение и уход данного лица в настоящий момент.
- Я не осведомлен о том, если я уполномочен(а) на обладание имущества или если у меня есть притязания против имущества данного лица.

Statement of Witness Number 1

I know this person to be the individual identified in the document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

By signing this document as a witness, I certify that I am

- At least 18 years of age.
- Not related to the person signing this document by blood, marriage, or adoption.
- Not a health care agent appointed by the person signing this document.
- Not directly financially responsible for that person's health care.
- Not a health care provider directly serving the person at this time.
- Not an employee of a health care provider directly serving the person at this time.
- Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate

Свидетель номер один. Witness number 1.

Подпись(signature): _____ Дата(date): _____

Имя и фамилия печатными буквами (name) _____

Адрес (address) _____



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

ЧАСТЬ IV Придание документу юридической силы making the document legal

Заявление свидетеля номер 2

Я лично знаю человека для которого делается данная доверенность. У меня есть все основания верить, что этот человек находится в здравом уме и в возрасте как минимум 18 лет. Я свидетельствую подлинность подписи, и подтверждаю, что этот документ был подписан по собственной воле данного человека.

Подписывая данный документ я заверяю, нижеследующее:

- Мне как минимум 18 лет.
- К лицу подписавший данный документ, я не являюсь кровным родственником, родственником по браку, усыновлению или удочерению.
- Я заявляю, что в этом документе я не назначен представителем по вопросам лечения и ухода.
- Я не являюсь ответственным за финансирование лечения и ухода для данного лица.
- Я не являюсь врачом или медицинским работником, ухаживающим за данным лицом в настоящее время.
- Я не являюсь сотрудником медицинского учреждения, которое ответственно за лечение и уход данного лица в настоящий момент.
- Я не осведомлен о том, если я уполномочен(а) на обладание имущества или если у меня есть притязания против имущества данного лица.

Свидетель номер два. Witness number 2.

Подпись(signature): _____ Дата(date): _____

Имя и фамилия печатными буквами (name) _____

Адрес (address) _____



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

Statement of Witness Number 2

I know this person to be the individual identified in the document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

By signing this document as a witness, I certify that I am

- At least 18 years of age.
- Not related to the person signing this document by blood, marriage, or adoption.
- Not a health care agent appointed by the person signing this document.
- Not directly financially responsible for that person's health care.
- Not a health care provider directly serving the person at this time.
- Not an employee of a health care provider directly serving the person at this time.
- Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate

Распространение вашей доверенности по вопросам лечения и ухода distributing your Power of Attorney for Health Care Document

Теперь, когда вы составили и подписали распоряжение о лечении и уходе, вам нужно сделать копии всех страниц для следующих целей.
After you complete and notarize the document, make copies of the numbered pages to be given out as follows

- Сохранить одну копию для себя.
One copy for yourself.
- Одну копию для вашего представителя по вопросам лечения и ухода и всем альтернативным представителям, которых вы назвали в данном документе.
One copy for your health care agent and the alternates you appoint in this document.
- Одну копию для вашего врача, для обсуждения и хранения в его (её) офисе.
One copy to share and discuss with your family doctor.
- Дополнительные копии для других лиц упомянутых ниже (например, близкие и родные, пастор, батюшка, адвокат и т.д.).
Extra copies to share with others if you wish (loved ones, your clergy, and your attorney), listed here:

Отправьте по почте одну копию в:

Health Information Management/Medical Records
PeaceHealth St. Joseph Medical Center
2901 Squaticum Parkway, Bellingham, WA 98225-1898

Фотокопия или факс документа является юридически действительным как и оригинальный документ.

A photo or fax copy is as legally valid as an original.

Храните копию своего распоряжения о лечении и уходе в таком месте, где ее можно легко найти.

Keep the original document at home in an accessible but safe place.



имя и фамилия (печатными буквами)

дата рождения

Whatcom Alliance предоставляет следующие услуги:
The Whatcom Alliance can also assist with

- Беседы по вопросам относящимся к заполнению доверенности по вопросам лечения и ухода.
Advance care planning conversations.
- Помощь при заполнении доверенности.
Document completion.
- Предоставление услуг нотариуса (необходимо связаться заранее и договориться на прием, пожалуйста звоните в офис).
Notary service (an appointment is required, please call first).
- Сделать фотокопии документа.
Copying.
- Отправить доверенность вашим врачам и также в госпиталь.
Sharing these directives with your physicians and the hospital.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь в WAHA. Все услуги бесплатны и конфиденциальны.

If you have any questions, contact WAHA. All services are free and confidential.

360.788.6594

waha.acp@hinet.org

whatcomalliance.org/end-of-life-care



WAHA End of Life Choices | Whatcom Alliance for Health Advancement
WAHA 360.788.6594 | TTY 1.800.833.6388
waha.acp@hinet.org | www.whatcomalliance.org

