



事前護理規劃

我的價值觀 我的選擇 我的醫療護理

kp.org/lifecareplan

事前護理規劃

我的價值觀 我的選擇 我的醫療護理

全名 (Full name): _____

醫療記錄號碼 (Medical record number): _____

簡介 (Introduction)

感謝您抽時間檢閱並填寫您的事前醫療護理指示。在Kaiser Permanente，我們深信這是您事前護理規劃旅程中重要的第一步。

填寫本文件可讓您的保健團隊瞭解您的價值觀和您的健康護理選擇，並讓您指定當您無法發言時，您希望由誰代您發言。

這份事前醫療護理指示將取代您在過去曾填寫的任何事前醫療護理指示。如果您在日後想取消或更換您指定的健康護理代理人，您必須以書面方式提出並在該文件上簽名，或是親自告知您的保健業者。

如果您在填寫本文件期間有疑問，您可獲得下列協助：



線上一kp.org/lifecareplan



課程—透過健康管理與養生服務提供的事前護理規劃課程，
請致電1-866-301-3866（免費電話）



如欲與專人洽談，請致電1-866-301-3866（免費電話）與我們的健康指導聯絡

俄勒岡州事前醫療護理指示 (Oregon Advance Directive for Health Care)

本事前醫療護理指示表格可讓您：

- 在您無法自己表達時，與人分享您對健康護理的價值觀、信念、目標和意願。
- 指定某人在您無法自己作決定時代您作健康護理決定。該人士稱為健康護理代理人且他們必須同意擔任此職務。

請務必與您的健康護理代理人討論您的事前指示和意願。這將可讓他們作出能夠反映您意願的決定。我們建議您完整填寫本表格。

您可在俄勒岡州衛生監管機關的網站取得俄勒岡州事前醫療護理指示表格和Your Guide to the Oregon Advance Directive（俄勒岡州事前指示指南）。

- 您需在第1、2、5、6和7部分指定一位健康護理代理人。
- 您需在第3和4部分提供與您醫療護理有關的指示。

事前指示表格讓您可以表達您對健康護理的偏好。此表格和俄勒岡州修正條例 (ORS) 第127.663節所定義的維持生命處理指示 (POLST) 並不相同。您可在Your Guide to the Oregon Advance Directive中找到與POLST有關的進一步資訊。

您可在俄勒岡州使用本表格選擇一位人士在您因病情過重而無法自己發言或無法自己作醫療決定時替您作健康護理決定。此人士稱為健康護理代理人。如果您沒有完成有效的健康護理代理人委任且您因病情過重而無法自己發言，我們將會根據ORS 127.635 (2) 所規定的優先順序為您指定一位健康護理代理人，而該人士僅可決定拒絕或撤除生命維持處理，但前提是您符合ORS 127.635 (1) 中所規定的條件之一。

此表格還可讓您表達您對健康護理決定的價值觀和信念以及您對健康護理的偏好。

如果您在過去曾填寫過事前指示，這份新的事前指示將取代任何較舊的指示。

您必須在本表格上簽名才能使其生效。您還必須有兩名見證人或一名公證人見證本表格。在健康護理代理人接受委任之前，您的健康護理代理人委任皆無效。

如果您的事前指示中包含有關撤除生命維持或管飼的指示，您可以隨時撤銷您的事前指示並以任何方式表達您想撤銷事前指示的意願。

在其他所有情況下，只要您有能力作醫療決定，您便可以隨時以任何方式撤銷您的事前指示。

文件類型 (Document type)：事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name)：_____ 醫療記錄號碼 (Medical record number)：_____

1. 我的資訊 (About me)

姓名(名字、中間名、姓氏) (Name [first, middle, last]) : _____

出生日期 (Date of birth) : _____ 醫療記錄號碼 (Medical record number) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電子郵件 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

2. 我的健康護理代理人 (My health care representatives)

如果我無法自己發言，我選擇由下列人士擔任我的健康護理代理人以替我作健康護理決定。

主要健康護理代理人 (Primary health care representative)

姓名(名字、中間名、姓氏) (Name [first, middle, last]) : _____

關係 (Relationship) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電子郵件 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

如果我的首選健康護理代理人無法替我作健康護理決定，或者我取消首選健康護理代理人的委任，我選擇由下列人士擔任我的替代健康護理代理人。

第一順位替代健康護理代理人 (First alternate health care representative)

姓名(名字、中間名、姓氏) (Name [first, middle, last]) : _____

關係 (Relationship) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電子郵件 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

第二順位替代健康護理代理人 (Second alternate health care representative)

姓名(名字、中間名、姓氏) (Name [first, middle, last]) : _____

關係 (Relationship) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電子郵件 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

文件類型 (Document type) : 事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name) : _____ 醫療記錄號碼 (Medical record number) : _____

3. 我的健康護理指示 (My health care instructions)

本部分旨在讓您表達您對醫療護理的意願、價值觀和目標。您的指示將可為您的健康護理代理人和保健業者提供指引。

您可藉由您在下方所作的選擇來提供與您醫療護理有關的指引。即使您沒有選擇健康護理代理人或我們無法與您的健康護理代理人取得聯繫，這些指引仍然適用。

A. 我的健康護理決定 (My health care decisions)

以下有三種情況需要您表達您的意願。這些情況將可協助您考慮您的健康護理代理人可能會面臨的維生決定類型。請針對每種情況選擇一項最符合您意願的選項。

a. 末期疾病 (Terminal condition)

如果發生下列情況，我的意願如下：

- 我罹患無法治癒或逆轉的疾病

而且

- 無論是否有接受任何治療，保健業者認為該疾病均會導致我在六個月內死亡。

請僅在一個選項簽署姓名縮寫 (Initial one option only)	
☐	我想嘗試所有可用的治療來維持生命，例如使用餵食管進行人工餵食和補充水份、靜脈 (IV) 輸液、洗腎和呼吸器。 (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)
☐	我想使用餵食管進行人工餵食和補充水份並使用IV輸液來嘗試維持生命。我不想接受其他治療來維持生命，例如洗腎和呼吸器。 (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)
☐	我不想接受治療來維持生命，例如使用餵食管進行人工餵食和補充水份、IV輸液、洗腎或呼吸器。 (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.) 我希望能夠保持舒適並可以自然死去。 (I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)
☐	我希望我的健康護理代理人在與保健業者討論並考量對我而言重要的事項後替我作決定。我已在下方的B部分說明了對我而言重要的事項。 (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below.)

b. 晚期進行性疾病 (Advanced progressive illness)

如果發生下列情況，我的意願如下：

- 我罹患晚期疾病

而且

- 保健業者認為該疾病將不會改善且非常可能會隨時間惡化並導致死亡

文件類型 (Document type)：事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name)：

醫療記錄號碼 (Medical record number)：

而且

- 保健業者認為我將永遠都無法：
 - 溝通
 - 安全地吞嚥食物和喝水
 - 照顧自己
 - 認得自己的家人和其他人

請僅在一個選項簽署姓名縮寫 (Initial one option only)

	我想嘗試所有可用的治療來維持生命，例如使用餵食管進行人工餵食和補充水份、IV 輸液、洗腎和呼吸器。 (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)
	我想使用餵食管進行人工餵食和補充水份並使用IV輸液來嘗試維持生命。我不想接受其他治療來維持生命，例如洗腎和呼吸器。 (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)
	我不想接受治療來維持生命，例如使用餵食管進行人工餵食和補充水份、IV輸液、洗腎或呼吸器。 (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.) 我希望能夠保持舒適並可以自然死去。 (I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)
	我希望我的健康護理代理人在與保健業者討論並考量對我而言重要的事項後替我作決定。我已在下方的B部分說明了對我而言重要的事項。 (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below.)

c. 永久性失去知覺 (Permanently unconscious)

如果發生下列情況，我的意願如下：

- 我失去知覺

而且

- 保健業者認為我非常可能不會再恢復知覺

請僅在一個選項簽署姓名縮寫 (Initial one option only)

	我想嘗試所有可用的治療以維持生命，例如使用餵食管進行人工餵食和補充水份、IV 輸液、洗腎和呼吸器。 (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)
	我想使用餵食管進行人工餵食和補充水份並使用IV輸液來嘗試維持生命。我不想接受其他治療來維持生命，例如洗腎和呼吸器。 (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)
	我不想接受治療來維持生命，例如使用餵食管進行人工餵食和補充水份、IV輸液、洗腎或呼吸器。 (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.) 我希望能夠保持舒適並可以自然死去。 (I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)
	我希望我的健康護理代理人在與保健業者討論並考量對我而言重要的事項後替我作決定。我已在下方的B部分說明了對我而言重要的事項。 (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below.)

文件類型 (Document type)：事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name)：_____ 醫療記錄號碼 (Medical record number)：_____

您可在下方空位寫下或另添頁面進一步說明您希望或不希望接受的醫療護理類型。(You may write in the space below or attach pages to say more about what kind of care you want or do not want.)

B. 對我來說最重要且我會深受其影響的事項 (What matters most to me and for me)

本部分僅適用於您罹患末期疾病、晚期進行性疾病或永久性失去知覺的情況。如果您想使用本部分，您可表達對您而言非常重要且您會深受其影響的事項。這將會對您的健康護理代理人有幫助。

以下是您應瞭解且是我人生中對我而言重要的事項 (This is what you should know about what is important to me about my life)：

以下是我在人生中最重視的事項 (This is what I value the most about my life)：

以下是我在人生中看重的事項 (This is what is important for me about my life)：

如果我無法在滿足下列條件的情況下維持生命和生活，則我不想接受生命維持處理 (I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways)：

請在所有適用選項簽署姓名縮寫 (Initial all that apply)	
☐	表達我的需求 (Express my needs)
☐	免於承受長期劇痛和痛苦 (Be free from long-term severe pain and suffering)
☐	知道自己以及我身邊的人是誰 (Know who I am and who I am with)
☐	能夠在不需要使用維生機器的情況下存活下去 (Live without being hooked up to mechanical life support)
☐	參與對我來說有意義的活動，例如 (Participate in activities that have meaning to me, such as)：

如果您想進一步說明以協助您的健康護理代理人瞭解對您而言重要的事項，請在此處寫下。
(例如：如果醫療護理將會導致...，我不想接受醫療護理) (If you want to say more to help your health care representative understand what matters most to you, write it here. [For example: I do not want care if it will result in...])

文件類型 (Document type)：事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name)：醫療記錄號碼 (Medical record number)：

C. 我的精神信仰 (My spiritual beliefs)

您有希望健康護理代理人 and 照顧者知道的精神信仰或宗教信仰嗎？其中可能包括儀式、聖禮、拒絕輸送血液製品等。

您可在下方空位寫下或另添頁面進一步說明您的精神信仰或宗教信仰。(You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs.)

4. 更多資訊 (More information)

如果您希望您的健康護理代理人 and 保健業者擁有更多與您有關的資訊，請使用本部分。

A. 人生觀與價值觀 (Life and values)

您可在下方分享您的人生觀與價值觀。這可協助您的健康護理代理人 and 保健業者作出與您健康護理有關的決定。其中可能包括家族病史、健康護理經驗、文化背景、職業生涯、社會支援系統等。

您可在下方空位寫下或另添頁面進一步說明您的人生觀、信念和價值觀。(You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values.)

B. 醫療護理場所 (Place of care)

如果您可以選擇要在何處接受醫療護理，您的偏好是什麼？您有希望或不希望接受醫療護理的場所嗎？（例如：醫院、護理院、精神健康設施、成人寄養家庭、輔助生活設施，您的住家。）

您可在下方空位寫下或另添頁面進一步說明您希望或不希望在何處接受醫療護理。(You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care.)

文件類型 (Document type)：事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name)：_____ 醫療記錄號碼 (Medical record number)：_____

C. 其他 (Other)

您可在本表格附加您認為將會對您的健康護理代理人和保健業者有幫助的其他文件。您所附加的文件將會成為您事前指示的一部分。

您可在下方空位列出您已附加的文件。(You may list documents you have attached in the space below.)

D. 通知其他人 (Inform others)

您可准許您的健康護理代理人授權保健業者在州政府和聯邦政府私隱法許可範圍內與您在下方所填寫的人士討論您的健康狀況和醫療護理。只有您的健康護理代理人可以作出與您醫療護理有關的決定。

姓名(名字、中間名、姓氏) (Name [first, middle, last]): _____

關係 (Relationship): _____

住家電話 (Home phone): _____ 手機 (Cell phone): _____

工作電話 (Work phone): _____ 電子郵件 (Email): _____

郵寄地址 (Mailing address): _____

5. 我的簽名 (My signature)

我的簽名 (My signature): _____

日期 (Date): _____

6. 見證人 (Witness)

在簽名時請填寫A或B。(Complete either A or B when you sign.)

A. 公證人 (Notary)

州 (State of): _____ 郡縣 (County of): _____

於 _____ (日期 [date]) 由

_____ (姓名 [name]) 在本人面前簽名或宣誓，公證人 — 俄勒岡州

簽名 (Signature): _____

文件類型 (Document type): 事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name): _____ 醫療記錄號碼 (Medical record number): _____

B. 見證人聲明 (Witness declaration)

填寫此表格的人士是本人認識之人或已提供身份證明，並已在本人面前簽署或承認自己在文件上的簽名，且該人士沒有受到脅迫的跡象，並瞭解此表格的目的和效力。此外，本人不是該人士的健康護理代理人或替代健康護理代理人，也不是該人士的主治保健業者。

見證人姓名 (正楷) (Witness Name [print]) : _____

簽名 (Signature) : _____

日期 (Date) : _____

見證人姓名 (正楷) (Witness Name [print]) : _____

簽名 (Signature) : _____

日期 (Date) : _____

7. 健康護理代理人接受委任 (Acceptance by my health care representative)

我接受這項委任並同意擔任健康護理代理人。

健康護理代理人 (Health care representative) :

正楷姓名 (Printed name) : _____

簽名或其他接受委任的證明 (Signature or other verification of acceptance) : _____

日期 (Date) : _____

第一順位替代健康護理代理人 (First alternate health care representative) :

正楷姓名 (Printed name) : _____

簽名或其他接受委任的證明 (Signature or other verification of acceptance) : _____

日期 (Date) : _____

第二順位替代健康護理代理人 (Second alternate health care representative) :

正楷姓名 (Printed name) : _____

簽名或其他接受委任的證明 (Signature or other verification of acceptance) : _____

日期 (Date) : _____

通用格式文件： 俄勒岡州衛生監管機關 (OHA) 可為殘障人士或不會說英文的人士提供替代格式的資訊，例如翻譯版、大字版或盲文版。請致電1-971-673-2411、聽障及語障電話專線711或透過 COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us 與健康資訊中心聯絡。

文件類型 (Document type) : **事前指示** (Advance Directive)

全名 (Full name) : _____ **醫療記錄號碼** (Medical record number) : _____

下一步

現在您已填妥事前醫療護理指示，您還應採取以下步驟。

討論：

- 與您要求擔任您代理人的人士一起檢閱您的健康護理意願（如果您還沒有這樣做）。確認其認為自己能在日後為您執行這項重要的任務。
- 和在您病重或受重傷時可能參與其中的其他家人和好友討論。確認您的家人和好友知道您的健康護理代理人是誰以及您的意願是什麼。

提供副本：

- 您的健康護理代理人；
- 您的保健團隊；或
- 直接提交歸檔至您的醫療紀錄
 - 使用您的kp.org帳戶——前往「醫療紀錄」(medical records) 部分並選擇「事前護理規劃」(life care planning) 方框
 - 郵寄至： Kaiser Permanente
Medical Records, Advance Directive
500 NE Multnomah St. - Floor 11, Portland, OR 97232

隨身攜帶：

- 如果您前往醫院或護理院，請攜帶一份您的事前醫療護理指示並要求將其納入您的醫療紀錄中。
- 每當您要長期外出時，均請隨身攜帶一份副本。

定期檢視：

- 每當出現下列五種情況中的任何一種情況時，均請檢視您的健康護理意願：
 - 十年**—當您人生又一個新的十年開始時。
 - 死亡**—當您經歷親人過世時
 - 離婚**—當您經歷離婚或其他重大家庭變故時
 - 確診**—當您確診罹患嚴重疾病時
 - 健康衰退**—當您現有健康狀況大幅衰退或惡化時，尤其是當您生活無法自理時

修改您的事前醫療護理指示：

如果您的意願改變，請填寫一份新的事前醫療護理指示，告知您的代理人和家人，並提供一份副本給 Kaiser Permanente。

文件類型 (Document type)：事前指示 (Advance Directive)

全名 (Full name)： _____ 醫療記錄號碼 (Medical record number)： _____

反歧視聲明

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) 遵守適用的聯邦和州民權法，不會基於人種、膚色、原國籍（包括有限的英語能力）、年齡、殘障或性別（包括性別特徵、雙性特質、懷孕或相關狀況、性取向、性別認同及性別刻板印象）而歧視、排擠他人或對人有差別待遇。

Kaiser Health Plan：

- 為殘障人士提供合理的調整以及適當的免費輔助工具和服務以便其可以有效地與我們溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊，例如大字版、語音版、盲文版及通用電子格式
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 其他語言版本的書面資訊

如果您需要上述服務，請致電**1-800-813-2000**（聽障及語障電話專線：**711**）與會員服務部聯絡。

如果您認為Kaiser Health Plan未能提供上述服務，或是基於人種、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性別認同或性取向而以其他方式歧視您，您可透過郵件、電話或傳真向民權事務協調員提出申訴。如果您需要幫助提出申訴，我們的民權事務協調員可以為您提供幫助。您可以使用以下聯絡資訊與民權事務協調員聯絡：

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
傳真：**1-855-347-7239**

您也可以透過民權辦公室投訴入口網站以電子方式向美國衛生與民眾服務部的民權辦公室提出投訴，網址為<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者使用郵件或電話提出投訴：

U.S.Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
電話：**1-800-368-1019**
TDD：**1-800-537-7697**

投訴表可在www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html網站取得。

對於華盛頓州的會員：

您還可以向華盛頓州保險監理委員辦公室提出投訴，請透過保險監理委員會辦公室投訴入口網站<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>以電子方式提出投訴，或致電**1-800-562-6900**或**360-586-0241** (TDD)。投訴表可在<https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>網站取得。

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة المجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電**1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: تلفن متنی: 711).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意 : 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួលដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

事前護理規劃

我的價值觀 我的選擇 我的醫療護理

需要額外協助嗎？
kp.org/lifecareplan

