



Планирование В ВОПРОСАХ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

мои ценности, мои предпочтения,
мое медицинское обслуживание

kp.org/lifecareplan (на английском языке)

Содержание

В этом буклете разъясняется, как планировать принятие решений о медицинском обслуживании в случае, если вы серьезно заболели и не сможете говорить за себя.

Заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании	3
--	---

ЧАСТЬ 1. Самостоятельный выбор в вопросах медицинского обслуживания	4
---	---

Решение о донорстве органов	5
-----------------------------------	---

ЧАСТЬ 2. Выбор доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания (составление доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным)	6
---	---

ЧАСТЬ 3. Составление распоряжения о медицинском обслуживании (завещания о жизни)	7
--	---

ЧАСТЬ 4. Передача форм заблаговременных распоряжений	8
--	---

ЧАСТЬ 5. Ресурсы, которые могут быть полезны при заполнении форм заблаговременных распоряжений	8
--	---

Доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании, действительная в случае недееспособности доверителя	Приложение 1.1
--	----------------

Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)	Приложение 2.1
---	----------------

Заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании

Тяжелое заболевание или несчастный случай может затронуть каждого в любом возрасте. При заблаговременном планировании медицинского обслуживания вы сможете задокументировать решения о предоставлении вам медицинской помощи на тот случай, если вы заболете или получите травму и не сможете говорить за себя.

Подготовка заблаговременных распоряжений о медицинском обслуживании является одним из лучших способов уведомить родственников, друзей и поставщиков медицинских услуг о ваших пожеланиях в отношении медицинского обслуживания. К заблаговременным распоряжениям о медицинском обслуживании относятся следующие формы:

- Доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании, действительная в случае недееспособности доверителя
- Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)
- Карта донора органов

Информация и формы в этом буклете помогут вам подумать о том, какие варианты выбора у вас есть, и подготовить заблаговременные распоряжения. Вы можете заполнить все формы или только те части, которые вам нужны. Если у вас есть какие-либо вопросы, поговорите со своим поставщиком медицинских услуг, социальными работниками, родственниками или друзьями.

Этот буклет содержит следующую информацию.

Часть 1. Самостоятельный выбор в вопросах медицинского обслуживания

Начните планирование с получения информации о решениях касательно медицинского обслуживания, которые вам может потребоваться принять, и анализа собственных мыслей и чувств в связи с ними. При заблаговременном составлении планов поставщик медицинских услуг, родственники или другие люди будут знать, какое лечение вы хотите получать или какое лечение будет максимально соответствовать вашим интересам, если вы не сможете говорить за себя.

Часть 2. Выбор доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания

При выборе доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания вы даете ему доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным. Это означает, что тот, кого вы назначили доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания, уполномочен принимать за вас медицинские решения, если вы не можете делать это самостоятельно. Подписание доверенности на медицинское обслуживание не лишает вас возможности принимать собственные решения, кроме тех случаев, когда вы не можете говорить за себя.

Часть 3. Составление распоряжения о медицинском обслуживании (завещания о жизни)

Когда вы оформляете распоряжение о медицинском обслуживании, которое также называют завещанием о жизни, вы выбираете лечение на тот случай, если смертельно заболете или окажетесь в перманентном бессознательном состоянии. Ваше завещание о жизни сообщает другим, что вы хотите умереть естественной смертью и не желаете получать лечение, которое искусственно продлевает умирание. В этой форме также указывается, желаете ли вы получать искусственное питание и восполнение баланса жидкости.

Часть 4. Передача форм заблаговременных распоряжений

Заполнив необходимые формы, предоставьте эту информацию своему поставщику медицинских услуг, родственникам и друзьям. Передайте копии документов своему поставщику медицинских услуг и людям, которым необходимо иметь эту информацию, если с вами что-то произойдет. Сохраните у себя оригиналы форм и отправьте копии в Kaiser Permanente.

Часть 5. Полезные ресурсы

Здесь вы найдете дополнительные информационные ресурсы, которые могут помочь подготовить формы заблаговременных распоряжений.

ЧАСТЬ 1. Самостоятельный выбор в вопросах медицинского обслуживания

Приведенный ниже контрольный список поможет вам выбрать приемлемый тип лечения в случае серьезного заболевания или несчастного случая. Изучив этот список, заполните и подпишите 2 формы из данного буклета: «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» и «Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)».

Подумайте о том, что придает вашей жизни смысл. Поставьте крестик (X) рядом с утверждениями, с которыми вы больше всего согласны.

Моя жизнь имеет смысл, только если я могу:

- Общаться с членами семьи или друзьями
- Выйти из комы
- Самостоятельно питаться, мыться и заботиться о себе
- Жить без боли
- Жить без подключения к аппаратам

Моя жизнь всегда имеет смысл независимо от того, насколько серьезно мое заболевание/травма.

- Да
- Нет

Если я умираю, мне важно быть:

- Дома
- В больнице

Для меня важна религия или духовность.

- Да
- Нет

Я хочу, чтобы поставщик медицинских услуг знал следующее о моих религиозных или духовных убеждениях:

Лечение для поддержания основных жизненных функций – это медицинское обслуживание, которое может продлить вашу жизнь. Это может быть хирургическая операция, прием лекарств или что-либо из указанного ниже.

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Переливание крови<ul style="list-style-type: none">– Переливание используется для восполнения крови, которая может быть потеряна в результате операции, травмы или болезни.• Дыхательный аппарат или ИВЛ<ul style="list-style-type: none">– Этот аппарат нагнетает воздух в легкие и дышит за человека, если он не может делать это самостоятельно. | <ul style="list-style-type: none">• СЛР (сердечно-легочная реанимация)
При СЛР могут совершаться следующие действия:<ul style="list-style-type: none">– сильное надавливание на грудную клетку для поддержания циркуляции крови;– подача электрических импульсов для восстановления работы сердца;– ввод лекарств в вены. | <ul style="list-style-type: none">• Диализ<ul style="list-style-type: none">– При диализе используется аппарат, который очищает кровь, если у человека перестают работать почки.• Зонд для искусственного питания<ul style="list-style-type: none">– Зонд для искусственного питания вводится через горло в желудок для кормления человека, если он не может глотать. |
|--|---|--|

Поставьте крестик (X) рядом с утверждениями, с которыми вы больше всего согласны.

Если мое заболевание и/или травма настолько серьезны, что я могу скоро умереть:

- Следует пробовать все средства поддержания основных жизненных функций, способные, по мнению моего поставщика медицинских услуг, помочь. Если эти средства не помогают и надежды на улучшение состояния почти нет, я хочу, чтобы для продолжения моей жизни использовались аппараты для поддержания основных жизненных функций.
- Следует пробовать все средства поддержания основных жизненных функций, способные, по мнению моего поставщика медицинских услуг, помочь. Если эти средства не помогают и надежды на улучшение состояния почти нет, я не хочу, чтобы для продолжения моей жизни использовались аппараты для поддержания основных жизненных функций.
- Следует пробовать любые или все указанные ниже средства поддержания основных жизненных функций, которые, по мнению моих поставщиков медицинских услуг, могут помочь.
 - СЛР
 - Дыхательный аппарат или ИВЛ
 - Диализ
 - Зонд для искусственного питания
 - Переливание крови
 - Лекарства
 - Другие средства: _____
- Я не хочу использования никаких средств поддержания основных жизненных функций.
- Я хочу, чтобы мое доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания принимало решение за меня.

Решение о донорстве органов

Донорство органов и тканей, включая глаза, почки, сердце, сердечные клапаны, печень, кости, легкие и кожу, может помочь спасти жизни других людей. Органы и ткани также можно использовать в исследовательских целях.

Поставьте крестик (X) рядом с утверждениями, с которыми вы больше всего согласны.

- Я хочу пожертвовать свои органы.

Какие?

- Любые
- Только указанные: _____
- Я не хочу жертвовать свои органы.
- Я хочу, чтобы решение принимало мое доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания.

Если вы хотите быть донором органов, вы должны подписать соответствующую карту.

Это можно сделать двумя способами.

- Позвонить в LifeCenter Northwest на бесплатный номер 1-877-275-5269 и попросить карту донора органов.
- Сообщить о желании быть донором органов Департаменту лицензирования (Department of Licensing, DOL) во время подачи заявления на получение водительских прав, разрешения на обучение вождению или идентификационной карты штата.

Что еще должны знать поставщик медицинских услуг, родственники или другие о медицинском обслуживании, которое вы хотите получать, если заболите или получите травму и не сможете говорить за себя?

ЧАСТЬ 2. Выбор доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания (составление доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным)

Доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания – это человек, которого вы выбираете для принятия медицинских решений за вас в случае, если вы не можете принимать их самостоятельно. Вы уполномочиваете этого человека принимать решения относительно вашего медицинского обслуживания вместе с поставщиками медицинских услуг.

Кого можно выбрать своим доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания?

Вы можете выбрать любого человека из родственников или друзей, который:

- не младше 18 лет;
- может быть доступен при необходимости;
- вызывает у вас уверенность в том, что поступит так, как для вас будет лучше всего;
- может сообщить врачам о решениях, которые вы приняли в отношении медицинского обслуживания.

Вы **не можете** назначить доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания своего поставщика медицинских услуг или любого человека, работающего в вашей больнице, центре сестринского ухода, учреждении для проживания с уходом либо клинике, если это не ваш родственник.

Что произойдет, если я не выберу доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания?

Если вы не можете принимать медицинские решения самостоятельно и не выбрали доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания, то согласно законодательству штата Вашингтон ваши врачи должны получить согласие людей из следующих категорий в порядке, в котором они перечислены:

- назначенный судом законный опекун (при наличии);

- лицо, указанное в форме доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным (при наличии такого лица);
- супруг или гражданский партнер, зарегистрированный в штате Вашингтон;
- взрослые дети пациента (согласие требуется от всех);
- родители пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые родные братья и сестры пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые внуки пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые племянницы и племянники пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые тети и дяди пациента (согласие требуется от всех);
- любой взрослый, отвечающий критериям раздела 7.70.065 Свода законов штата Вашингтон с дополнениями и изменениями (Revised Code of Washington, RCW).

Какие решения может принимать мое доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания?

Ваше доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания может принимать решения относительно следующего:

- лекарства или анализы/обследования, которые могут вам назначаться;
- дальнейшая судьба ваших органов после смерти;
- выполнение советов ваших поставщиков медицинских услуг и социальных работников;
- больницы или клиники, в которых вы будете находиться;

- применение или неприменение средств поддержания основных жизненных функций, в том числе:
 - САР;
 - зонда для искусственного питания;
 - дыхательного аппарата или ИВЛ;
 - переливания крови;
 - диализа;
 - лекарств;
 - других средств.

Как сделать свое решение официальным?

После выбора доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания заполните и подпишите форму «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» ([Приложение 1](#) этого буклета). Инструкции по подаче заполненной формы: [ЧАСТЬ 4. Передача форм заблаговременных распоряжений](#).

Нужно ли заверить форму у нотариуса?

Подпись жителей штата Вашингтон в форме «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» (Durable Power of Attorney, DPOA) должны засвидетельствовать два человека ИЛИ удостоверить нотариус.

Чтобы узнать требования к засвидетельствованию, включенные в форму DPOA, см. [Приложение 1](#).

ЧАСТЬ 3. Составление распоряжения о медицинском обслуживании (завещания о жизни)

Помимо обсуждения с поставщиками медицинских услуг, родственниками и друзьями, вы должны изложить свои пожелания в письменной форме. Один из документов, который можно составить, – завещание о жизни, также известное как распоряжение о медицинском обслуживании или распоряжение для врачей.

Завещание о жизни – распоряжение для врачей и родственников, в котором говорится о решении человека отказаться от поддерживающего жизнь лечения в случае неизлечимого заболевания или болезни либо травмы, которая оставляет в перманентном бессознательном состоянии. Это распоряжение позволяет врачу отказаться от поддерживающего жизнь лечения или остановить его. Вы по-прежнему будете получать паллиативную помощь.

Право на составление завещания о жизни закреплено в Законе штата Вашингтон о естественной смерти.

Чтобы составить распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни), заполните соответствующую форму ([Приложение 2](#) этого буклета). Инструкции по подаче заполненной формы: [ЧАСТЬ 4. Передача форм заблаговременных распоряжений](#).

Нужно ли заверить форму у нотариуса?

Подпись жителей штата Вашингтон в форме «Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)», должны засвидетельствовать два человека ИЛИ удостоверить нотариус.

Чтобы узнать требования к засвидетельствованию, включенные в форму «Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)», см. [Приложение 2](#).

ЧАСТЬ 4. Передача форм заблаговременных распоряжений

После заполнения всех полей и заверения необходимыми подписями или нотариального заверения формы «Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)» и «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» становятся юридическими документами.

Сохраните оригинальные документы для себя. Сделайте копии для родственников или других лиц, которых могут попросить принять решения от вашего имени, включая ваше доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания и вашего личного адвоката.

Кроме того, формы должны быть внесены в вашу медицинскую карту в Kaiser Permanente. Для этого можно сделать следующее.

- Отправить 1 копию каждой формы на адрес: Kaiser Permanente Medical Records – Advance Directive
500 NE Multnomah St.
Floor 11
Portland, OR 97232

ИЛИ

- Отправить копии по электронной почте на адрес nw-med-rec@kp.org, по факсу на номер **1-866-248-9695** или через сайт kp.org (на английском языке) (перейдите в раздел медицинских карт и выберите плитку планирование в вопросах поддержания жизни и медицинского обслуживания)

ИЛИ

- Передать копии форм своей команде медицинского обслуживания

После внесения форм в вашу медицинскую карту у врачей Kaiser Permanente будет круглосуточный доступ к ним.

Принятие решений, не указанных в формах

Если вы хотите принять решения в отношении медицинского обслуживания, не указанные в формах:

- напишите свои решения на листе бумаги;
- храните такие листы вместе с другими формами заблаговременных распоряжений;
- расскажите о своих решениях людям, которые о вас заботятся.

Изменение или обновление форм

Если вы хотите внести изменения в свои заблаговременные распоряжения, сначала сообщите об этом людям, которые о вас заботятся. Затем после внесения изменений в формы отправьте их копии доверенному лицу по вопросам медицинского обслуживания, родственникам и близким, а также Kaiser Permanente, как вы это сделали в первый раз. Попросите уничтожить предыдущие версии.

ЧАСТЬ 5. Ресурсы, которые могут быть полезны при заполнении форм заблаговременных распоряжений

Kaiser Permanente Northwest, занятие «Планирование в вопросах поддержания жизни и медицинского обслуживания» (Life Care Planning)

Номер для бесплатных звонков: 1-866-301-3866
Бесплатные 2-часовые семинары о заблаговременных распоряжениях.

Медицинская ассоциация штата Вашингтон
206-441-9762 (район Сиэтла)
1-800-552-0612

Предоставление форм «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» и «Распоряжение о медицинском обслуживании (завещание о жизни)».

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

lcnw.org

Предоставление информации о донорстве органов и тканей.

Служба направления к адвокатам Коллегии адвокатов штата Вашингтон

1-800-945-9722

Предоставление номера ближайшей службы направления к адвокатам в вашем районе.

Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон

dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning

Предоставление информации и материалов о заблаговременных распоряжениях.

ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ, ДЕЙСТВИТЕЛЬНАЯ В СЛУЧАЕ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ ДОВЕРИТЕЛЯ

Этот документ с заблаговременными распоряжениями, доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, позволяет указать человека, который принимает решения о медицинском обслуживании за вас, когда вы не можете делать это самостоятельно. Этот человек является доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания. Данная форма соответствует требованиям законодательства штата Вашингтон.

Информация о себе

Полное имя:

Номер медицинской карты:

Дата рождения: / /
(мм/дд/гггг)

МОИ ДОВЕРЕННЫЕ ЛИЦА ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Человек, которого я назначаю своим доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания:

Полное имя:

Дата рождения: / /

Адрес, город, штат, почтовый индекс:

Телефон:

Если человек, указанный выше, не может или не желает выполнять свои функции либо с ним невозможно связаться при приложении разумных усилий, я предоставляю эти полномочия следующему установленному доверенному лицу по вопросам медицинского обслуживания, указанному ниже:

Первое альтернативное доверенное лицо

Полное имя:

Дата рождения: / /

Адрес, город, штат, почтовый индекс:

Телефон:

Второе альтернативное доверенное лицо

Полное имя:

Дата рождения: / /

Адрес, город, штат, почтовый индекс:

Телефон:

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ДОВЕРЕННОМУ ЛИЦУ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Заявление об общих полномочиях доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания: мое доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания имеет право давать согласие на лечение, когда я не могу самостоятельно принимать решения. Мое доверенное лицо по вопросам медицинского обслуживания уполномочено выполнять мои пожелания в отношении процедур искусственного поддержания жизни, таких как кормление через зонд для искусственного питания, СЛР, использование дыхательного аппарата и диализ. Это включает согласие на начало, продолжение или прекращение лечения. Этот документ дает человеку, которого вы назначаете своим доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания, полномочия принимать решения о медицинском обслуживании за вас и вступает в силу, только если вы утратите способность самостоятельно взвешенно принимать такие решения. Пока у вас есть возможность самостоятельно принимать взвешенные решения о медицинском обслуживании, вы сохраняете за собой право принимать все медицинские и другие решения, связанные с медицинским обслуживанием. К этой форме можно приложить ваши пожелания относительно лечения. При необходимости вы можете указать в этом документе конкретные ограничения полномочий доверенного лица по принятию решений о медицинском обслуживании.

Настоящим я подтверждаю следующее: я понимаю важность и значение этой доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC). Эта форма отражает мои решения

Полное имя:

Номер медицинской карты:

Дата рождения: / /

в отношении доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания. Форма заполнена по моей воле. Я ясно мыслю. Я понимаю, что могу в любой момент передумать. Я понимаю, что могу заменить эту форму в любое время, в результате чего будет аннулирована любая предыдущая доверенность DPOA-НС. Я хочу, чтобы эта доверенность DPOA-НС вступила в силу, если выбранный мной врач или назначенное мной лицо определит, что я не в состоянии самостоятельно принимать решения о своем медицинском обслуживании. Это распоряжение действует до прекращения моей недееспособности.

Чтобы эта форма была юридически действительной, она должна подписываться мной в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.

Моя подпись:

Дата:

ТРЕБОВАНИЯ КАСАТЕЛЬНО ЗАВЕРЕНИЯ СВИДЕТЕЛЯМИ ИЛИ НОТАРИУСОМ

Без подписей свидетелей или нотариального заверения эта форма не обладает юридической силой.

Вариант 1. Два свидетеля

Требования к свидетелям

- Должны быть не младше 18 лет и обладать дееспособностью.
- Не должны быть связаны с вами или вашим доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания узлами родства (по крови, через брак или зарегистрированное сожительство).
- Не должны быть вашим поставщиком услуг по уходу на дому, в доме семейного типа для взрослых или учреждении долговременного ухода, где вы проживаете.

Подтверждение свидетеля: я заявляю, что соответствую правилам для того, чтобы быть свидетелем.

Подпись **свидетеля № 1:**

Дата:

Имя и фамилия (печатными буквами)

Подпись **свидетеля № 2:**

Дата:

Имя и фамилия (печатными буквами)

Вариант 2. Нотариус

Штат Вашингтон)

)

округ _____)

Эту подпись подтвердило в моем присутствии _____ (число)

следующее лицо (имя и фамилия лица):

Подпись:

Должность:

Дата истечения срока действия:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Данная юридическая форма является одной из многих общедоступных версий. Она не должна рассматриваться как юридическая консультация. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь к юрисконсульту. (Август 2021 г.)

РАСПОРЯЖЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ (ЗАВЕЩАНИЕ О ЖИЗНИ)

Полное имя: _____

Номер медицинской карты: _____

Дата рождения: / / _____

Распоряжение от _____ (число) _____
(год)

Я, _____, будучи в здравом уме, сознательно и добровольно заявляю о своем желании, чтобы мое умирание не продлевалось искусственно при обстоятельствах, изложенных ниже, и настоящим заявляю о следующем:

(А) Если в какой-либо момент у меня будет неизлечимое и необратимое состояние, признанное моим лечащим врачом как смертельное, и поддержание жизни будет только искусственно продлевать умирание, я распоряжаюсь, чтобы такое лечение не применялось или было отменено и чтобы мне позволили умереть естественной смертью. Я понимаю, что выражение «смертельное состояние» означает вызванное травмой или заболеванием неизлечимое и необратимое состояние, которое, по обоснованному медицинскому заключению, может привести к смерти в течение короткого периода времени в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

(В) Если я буду в необратимой коме, постоянном вегетативном состоянии или другом перманентном бессознательном состоянии, такое состояние будет подтверждено двумя врачами и эти врачи будут считать, что разумно обоснованной вероятности выйти из такого состояния нет, я распоряжаюсь, чтобы искусственное поддержание жизни не применялось или было отменено.

(С) Если у меня будет диагностировано смертельное или перманентное бессознательное состояние [выберите один вариант]:

_____ Я ХОЧУ, чтобы мне искусственно вводили питание и жидкости.

_____ Я НЕ ХОЧУ, чтобы мне искусственно вводили питание и жидкости.

Я понимаю, что искусственное введение питания и жидкостей при определенных обстоятельствах является формой лечения для поддержания жизни. Я прошу всех поставщиков медицинских услуг, обеспечивающих уход за мной, выполнять это распоряжение.

(D) При отсутствии у меня возможности давать указания относительно искусственного поддержания жизни я сознательно прошу, чтобы мои родственники, врачи и другие поставщики медицинских услуг, а также любые другие лица, назначенные мной для принятия решений за меня, будь то по доверенности, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, или на другом основании, выполняли это распоряжение как окончательное выражение моего основополагающего права на отказ от медицинского или хирургического лечения. Я принимаю последствия такого отказа.

(Е) Если у меня будет определена беременность и это будет известно моему врачу, распоряжение не будет действовать в течение моей беременности.

(F) Я понимаю весь смысл этого распоряжения и нахожусь в адекватном эмоциональном и психическом состоянии для его составления. Я также понимаю, что могу изменить или отозвать это распоряжение в любое время.

(G) Я даю следующие дополнительные распоряжения относительно лечения:

Моя подпись и подпись нотариуса или подписи двух свидетелей
должны стоять на следующей странице.

Полное имя:

Номер медицинской карты:

Дата рождения: / /

Чтобы эта форма была юридически действительной, она должна подписываться мной в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.

Моя подпись:

Дата:

ТРЕБОВАНИЯ КАСАТЕЛЬНО ЗАВЕРЕНИЯ СВИДЕТЕЛЯМИ ИЛИ НОТАРИУСОМ

Без подписей свидетелей или нотариального заверения эта форма не обладает юридической силой.

Вариант 1. Два свидетеля

Требования к свидетелям

- Должны быть не младше 18 лет и обладать дееспособностью.
- Не должны быть связаны с вами или вашим доверенным лицом по вопросам медицинского обслуживания узамы родства (по крови, через брак или зарегистрированное сожительство).
- Не должны быть вашим поставщиком услуг по уходу на дому, в доме семейного типа для взрослых или учреждении длительного ухода, где вы проживаете.
- Не должны быть лицом, которое во время подписания распоряжения претендует на какую-либо часть имущества заявителя в случае его смерти.

Подтверждение свидетеля: я заявляю, что соответствую правилам для того, чтобы быть свидетелем.

Подпись **свидетеля № 1:**

Дата:

Имя и фамилия (печатными буквами)

Подпись **свидетеля № 2:**

Дата:

Имя и фамилия (печатными буквами)

Вариант 2. Нотариус

Штат Вашингтон)

)

округ _____)

Эту подпись подтвердило в моем присутствии (число)

следующее лицо (имя и фамилия лица):

Подпись:

Должность:

Дата истечения срока действия:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Данная юридическая форма является одной из многих общедоступных версий. Она не должна рассматриваться как юридическая консультация. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь к юрисконсульту. (Август 2021 г.)

Уведомление о недопущении дискриминации

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) соблюдает требования действующего федерального законодательства и законов штата о гражданских правах и не допускает дискриминации, не отказывает в обслуживании и не относится к одним людям иначе, чем к другим, на основании расы, цвета кожи, национального происхождения (включая ограниченное владение английским языком), возраста, инвалидности или пола (включая половые признаки, интерсекс-признаки, беременность либо связанные с ней состояния, сексуальную ориентацию, гендерную самоидентификацию и половые стереотипы).

Kaiser Health Plan обеспечивает указанное ниже.

- Предоставляет людям с инвалидностью необходимые специальные условия и соответствующие бесплатные вспомогательные средства и услуги для обеспечения эффективной коммуникации с нами, включая следующее:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - печатные материалы в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиозапись и специальные электронные форматы.
- Предоставляет людям, чей родной язык — не английский, бесплатные услуги перевода, включая следующее:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - информация в письменном виде на других языках.

Если вы нуждаетесь в этих услугах, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Если вы считаете, что компания Kaiser Health Plan не предоставила вам указанные услуги или иным образом дискриминировала вас по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола, гендерной самоидентификации либо сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу нашему координатору по гражданским правам по почте, телефону или факсу. Если вам нужна помощь с подачей жалобы, наш координатор по гражданским правам может помочь вам. Контактные данные для связи с нашим координатором по гражданским правам приведены ниже.

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

Жалобу в связи с нарушением гражданских прав вы также можете подать в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб США. Подать жалобу можно в электронном виде через портал жалоб Управления по вопросам гражданских прав **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, по почте или по телефону:

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

Формы для подачи жалобы доступны по адресу **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Для участников, проживающих в штате Вашингтон

Вы также можете подать жалобу в Офис уполномоченного по страхованию штата Вашингтон в электронном виде через портал жалоб Офиса уполномоченного по страхованию по адресу <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, а также по телефону 1-800-562-6900 или 360-586-0241 (TDD). Формы для подачи жалобы доступны по адресу <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Это уведомление доступно на странице <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>.

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 መርሻዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-800-813-2000 ይደውሉ (TTY: 711)።

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة (Arabic) العربية. 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)。

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

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 រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្របសម្រួលផ្សេងៗទៀត 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. 1-800-813-2000로 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**).



©2025 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest