

Advanced Care Plan التخطيط المسبق للرعاية

My Advance Care Plan

تخطيطي المُسبق للرعاية

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

لقد أكملت هذا التوجيه المسبق بعد الكثير من التفكير. يقدم هذا المستند خياراتي العلاجية وتفضيلاتي، و/أو يعين وكيل الرعاية الصحية (المعروف أيضًا بالوكيل الرسمي للرعاية الصحية) للتحدث نيابةً عني إذا فقدت القدرة على التعبير عن نفسي أو اتخاذ قرارات رعائتي الصحية. يستطيع وكيلي للرعاية الصحية، إذا تم تعيينه، اتخاذ قرارات طبية نيابةً عني، بما في ذلك قرار رفض العلاجات التي لا أُرغب فيها.

This document will replace any previous advance directive.

ستحل هذه الوثيقة محل أي توجيه مسبق سابق.

My name (اسمي): _____ Date (التاريخ): _____

My date of birth (تاريخ ميلادي): _____

My address (عنواني): _____

My telephone numbers: (home) (أرقام هواتفي: (المنزل)) _____

cell) (الخلوي)) _____

My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.

تشير الأحرف الأولى من اسمي هنا إلى أن مترجمًا فوراً طبيباً محترفاً ساعدني على إكمال هذه الوثيقة.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

Advance Directive Long Form (Arabic)

MR32893 p. 1 of 20 Rev. 04/25

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

الجزء 1 وكيل الرعاية الصحية

(يُعرف أيضًا بالوكيل الرسمي للرعاية الصحية)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

Follow my health care instructions in this document •

Follow any other health care instructions I have given to him or her •

Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards •

إذا فقدت القدرة على التعبير عن رغباتي وقرارات رعايتي الصحية بسبب مرض أو إصابة، أو إذا قرر فريق رعايتي الصحية أنني غير قادر على اتخاذ قرارات رعايتي الصحية، فسأختار الشخص المذكور أدناه للتعبير عن رغباتي واتخاذ قرارات رعايتي الصحية. يجب على وكيلي للرعاية الصحية:

• اتباع توجيهات الرعاية الصحية الواردة في هذه الوثيقة

• اتباع أي توجيهات رعاية صحية أخرى قدمتها له أو لها

• اتخاذ القرارات الأفضل لمصلحتي ووفقًا للمعايير الطبية المقبولة

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

الشروط المتعلقة بالشخص الذي قد يُعين وكيلًا أو وكيلًا رسميًا للرعاية الصحية بموجب قانون الولاية

Iowa: My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document.

My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

أيوا: لا يمكن أن يكون وكيلتي مقدم رعاية صحية يعتني بي في تاريخ توقيعي على هذه الوثيقة. لا يمكن أن يكون وكيلتي أيضًا موظفًا لدى مقدم رعاية صحية إلا إذا كان مرتبطًا بي بصلة دم، أو زواج، أو تبني في نطاق أقارب الدرجة الثالثة.

Minnesota: My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document.

(Specify here: _____)

In addition, a person appointed to determine my capacity to make decisions cannot be my agent.

مينيسوتا: يجب أن يكون وكيلتي شخصًا بالغًا. لا يمكن أن يكون وكيلتي مقدم رعاية صحية أو موظفًا لدى مقدم رعاية صحية يقدم لي رعاية مباشرة إلا إذا كنت مرتبطًا بذلك الشخص بصلة دم أو زواج، أو شراكة منزلية مسجلة، أو بالتبني، أو ما لم أحدد خلاف ذلك في هذه الوثيقة (يُرجى التحديد هنا: _____). بالإضافة إلى ذلك، لا يمكن أن يكون وكيلتي هو الشخص المُعين لتحديد أهليتي لاتخاذ القرارات.

North Dakota: My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

شمال داكوتا: يجب أن يكون وكيلتي شخصًا بالغًا. لا يمكن أن يكون وكيلتي: (1) مقدم رعايتي الصحية؛ (2) شخصًا يعمل لدى مقدم رعايتي الصحية ولكن لا تربطني به صلة؛ (3) مقدم خدمات رعايتي طويلة الأجل؛ أو (4) شخصًا يعمل لدى مقدم خدمات رعايتي طويلة الأجل ولكن لا تربطني به صلة.

South Dakota: My agent must be an adult.

جنوب داكوتا: يجب أن يكون وكيلتي شخصًا بالغًا.

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

My Primary (Main) Health Care Agent Is:

وكيلي للرعاية الصحية الأساسي (الرئيسي) هو:

Name (الاسم): _____ Relationship (الصلة): _____

Telephone numbers: (أرقام الهاتف: (المنزل) (H) _____ (C) (الخلوي) _____

W (العمل) _____

Full address (العنوان الكامل): _____

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

إذا كان وكيلي الأساسي غير مستعد، أو غير قادر، أو غير متاح بشكل معقول لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، ففي هذه الحالة أختار وكيل رعاية صحية بديلاً.

My Alternate Health Care Agent Is:

وكيلي للرعاية الصحية البديل هو:

Name (الاسم): _____ Relationship (الصلة): _____

Telephone numbers: (H) (أرقام الهاتف: (المنزل) _____ (C) (الخلوي) _____

W (العمل) _____

Full address (العنوان الكامل): _____

Powers of My Health Care Agent:

صلاحيات وكيلي للرعاية الصحية:

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

يتمتع وكيلي للرعاية الصحية تلقائياً بجميع الصلاحيات التالية عندما أفقد أهلية اتخاذ القرارات و/أو عندما أعجز عن التعبير عن نفسي:

Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

الموافقة على، أو أرفض، أو إلغاء القرارات المتعلقة برعايتي الصحية. يشمل ذلك إجراء الاختبارات، والأدوية، والجراحة، وسحب أو بدء التغذية الاصطناعية والإمداد بالسوائل (مثل أنواع التغذية بالأنبوب أو السوائل الوريدية (عبر الوريد))، والقرارات الأخرى المتعلقة بالعلاجات. في حالة بدء العلاج بالفعل، يحق لوكيلي أن يقرر استمرار العلاج أو إيقافه بناءً على تعليماتي.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Additional Powers of My Health Care Agent:

الصلاحيات الإضافية لوكيلي للرعاية الصحية:

My initials below indicate I also authorize my health care agent to:

يشير توقيع الأحرف الأولى من اسمي أدناه إلى تفويض وكيلي للرعاية الصحية أيضًا بما يلي:

Make decisions about the care of my body after death.

اتخاذ قرارات بشأن العناية بجسدي بعد الوفاة.

☐

If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:

إذا كنت من سكان شمال داكوتا أو مينيسوتا، فإن التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي أدناه يشير إلى أنني أفوض وكيلي للرعاية الصحية بما يلي:

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

الاستمرار لكونه وكيلي للرعاية الصحية حتى إذا انتهى زواجنا أو شراكتنا المنزلية قانونيًا.

☐

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني حتى إذا كنت قادرًا على اتخاذ القرار أو التحدث عن نفسي، إذا اخترت ذلك.

☐

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Part 2: My Health Care Instructions

الجزء 2: تعليمات رعايتي الصحية

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

فيما يلي خياراتي وتفضيلاتي للرعاية الصحية. أطلب من وكيلي للرعاية الصحية التعبير عن هذه الخيارات، وأطلب من فريق رعايتي الصحية الالتزام بتنفيذها، إذا لم أتمكن من التعبير عن اختياري أو تحديدها.

I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.

لقد وقعت بالأحرف الأولى في المربع أدناه أمام الخيار الذي أفضله في كل حالة.

Note: You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown.

ملاحظة: لا يلزم كتابة تعليمات بشأن العلاجات لإطالة حياتك، ولكن من المفيد القيام بذلك. إذا لم تكن لديك تعليمات مكتوبة، فسيستخدم وكيلك قرارات بناءً على رغباتك التي تحدثت عنها، أو الأفضل لمصلحتك إذا كانت رغباتك غير معروفة.

Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present .A

الإنعاش القلبي الرئوي: أ قرار الوقت الحاضر

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. **Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future)** indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

يشير هذا القرار إلى خيار العلاج الذي اتخذته اليوم بناءً على حالتي الصحية الحالية. القسم ج أدناه (علاجات إطالة حياتي: قرار للمستقبل) يشير إلى خيارات العلاج التي أربح فيها إذا تغيرت حالتي الصحية في المستقبل ولا أستطيع التعبير عن نفسي.

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

الإنعاش القلبي الرئوي هو علاج يستخدم لمحاولة استعادة نظم القلب والتنفس في حالة توقفهما. قد يشتمل الإنعاش القلبي الرئوي على ممارسة ضغطات على الصدر (ضغوطات قوية على الصدر لتنشيط الدورة الدموية)، واستخدام أدوية، وصدمة كهربائية، وأنبوب تنفس، ودخول المستشفى.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both.

I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

أدرك أن الإنعاش القلبي الرئوي يمكن أن ينقذ الحياة، ولكنه لا ينجح دائماً. أدرك أيضاً أن الإنعاش القلبي الرئوي لا يعمل جيداً مع الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة (طويلة الأجل) أو قصور في الوظائف، أو كليهما. أدرك أن التعافي من الإنعاش القلبي الرئوي قد يكون مؤلماً وصعباً.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Advance Directive Long Form (Arabic)

MR32893 p. 7 of 20 Rev. 04/25

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Therefore (initial one)

لذلك (وقع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.

أرغب في محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبي أو التنفس.

☐

Or (أو)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision. Examples of when my health has changed include:

☐

أرغب في محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبي أو تنفسي بناءً على حالتي الصحية الحالية. ولكن، إذا تغيرت حالتي الصحية في المستقبل، فينبغي عندئذٍ على وكيلتي أو عليّ (إذا كنت قادرًا) مناقشة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي مع فريق رعايتي الصحية. اختياراتي في **القسم ب: تفضيلات العلاج والقسم ج: يجب النظر في إعطائي علاجات إطالة الحياة** المذكورة أدناه عند اتخاذ هذا القرار. تتضمن الأمثلة على الحالات التي تتغير فيها حالتي الصحية ما يلي:

I have an incurable illness or injury and am dying •
أعاني من إصابة أو مرض لا شفاء منه وعلى وشك الوفاة

I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops •
ليست لدي فرصة معقولة للبقاء على قيد الحياة إذا توقف قلبي أو تنفسي

I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering •
لدي فرصة ضئيلة للبقاء على قيد الحياة لمدة طويلة إذا توقف قلبي أو تنفسي وسيسبب لي الإنعاش القلبي الرئوي معاناة كبيرة

Or (أو)

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

☐

لا أرغب في محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبي أو تنفسي. أريد أن تُتاح لي الوفاة بصورة طبيعية. أدرك أنه إذا اخترت هذا الخيار، فينبغي أن أזור مقدم رعايتي الصحية بشأن كتابة أمر عدم إجراء الإنعاش (DNR).

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Treatment Choices: My Health Condition .B

خيارات العلاج: حالتي الصحية

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

خيارات علاج حالتي (حالاتي) الصحية المحددة مكتوبة هنا. مع أي خيار علاجي، أدرك أنني سأستمر في تلقي أدوية تسكين الألم والراحة، وكذلك الطعام والسوائل عن طريق الفم إذا كنت أستطيع البلع.

My initials here indicate additional documents are attached.

يشير التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا إلى أنه تم إرفاق وثائق إضافية.

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future .C

علاجات لإطالة حياتي: أ قرار للمستقبل

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):

إذا فقدت القدرة على اتخاذ القرارات بنفسي، وكان فريق الرعاية الصحية ووكيلي يعتقدان أنني لن أستعيد قدرتي على معرفة من أنا، فأرغب في (وقع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات):

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

ملحوظة: مع أي خيار علاجي، أدرك أنني سأستمر في تلقي أدوية تسكين الألم والراحة، وكذلك الطعام والسوائل عن طريق الفم إذا كنت أستطيع البلع.

To **stop or withhold all treatments** that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

☐

إيقاف أو منع جميع العلاجات التي قد تطيل حياتي. ويشمل هذا -على سبيل المثال لا الحصر- التغذية الاصطناعية وإعطاء السوائل (على سبيل المثال، التغذية الأنبوبية والسوائل الوريدية)، وجهاز التنفس/جهاز التنفس الصناعي (آلة التنفس)، والإنعاش القلبي الرئوي، والغسيل الكلوي، وتناول المضادات الحيوية.

(أو) Or

All treatments recommended by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

☐

جميع العلاجات التي أوصى بها فريق رعايتي الصحية. ويشمل هذا -على سبيل المثال لا الحصر- التغذية الاصطناعية وإعطاء السوائل (على سبيل المثال، التغذية الأنبوبية والسوائل الوريدية)، جهاز التنفس/جهاز التنفس الصناعي (آلة التنفس)، والإنعاش القلبي الرئوي، والغسيل الكلوي، وتناول المضادات الحيوية. أرغب في استمرار العلاج حتى يتفق فريق ووكيلي للرعاية الصحية على أن هذه العلاجات ضارة أو لم تعد مفيدة.

Comments or directions to my health care team:

تعليقات أو توجيهات موجهة إلى فريق رعايتي الصحية:

(print name) (الاسم بخط واضح) _____ The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

Advance Directive Long Form (Arabic)

MR32893 p. 10 of 20 Rev. 04/25

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

D. Organ Donation (Initial One)

التبرع بالأعضاء (وقع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات)

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

أريد التبرع بعيني و/أو أنسجتي و/أو أعضائي، إن أمكن. يجوز لوكيلي للرعاية الصحية البدء والاستمرار في استخدام العلاجات أو التدخلات اللازمة للحفاظ على أعضائي، وأنسجتي، وعيني حتى اكتمال عملية التبرع. فيما يلي رغباتي المحددة (إن وجدت):

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

لا أريد التبرع بعيني، و/أو أنسجتي، و/أو أعضائي.

Or (أو)

My Health Care Agent can decide.

يمكن أن يتخذ وكيلي للرعاية الصحية القرار.

E. Autopsy (Initial One)

تشريح الجثة (وقع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات)

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

أريد أن يتخذ وكيلي قرارات بشأن تشريح جثتي.

I do not want an autopsy unless required by law.

لا أريد تشريح جثتي إلا إذا كان القانون يقتضي ذلك.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____

Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

الجزء 3: آمياتي ورغباتي (اختياري)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.

أريد أن يعرف أحبائي أفكاري ومشاعري التالية.

The things that make life most worth living to me are:

الأشياء التي تجعلني أتشبت بعيش الحياة هي:

My beliefs about when life would be no longer worth living:

معتقداتي حول متى لن تعود الحياة تستحق العيش هي:

My thoughts about specific medical treatments, if any:

أفكاري حول علاجات طبية محددة، إن وجدت:

My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:

أفكاري ومشاعري حول الطريقة التي أتمنى الموت بها وأين أود أن أموت:

If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):

إذا كنت على وشك الوفاة، فأبني أريد أن يعرف أحبائي أنني سأقدر إقامة ما يلي من أجل الراحة والدعم: (طقوس، صلوات، موسيقى، ونحو ذلك):

Religious affiliation:

الانتماء الديني:

faith, _____ I am of the (أنتمي إلى الديانة)

_____ and am a member of (وأنا أحد أعضاء الطائفة الدينية)

_____ faith community in (city) (مدينة) ((

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (الاسم بخط واضح) (print name)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____ Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

أود أن يخطر وكيلتي للرعاية الصحية طائفتي الدينية بوفاتي والترتيب معهم لتحضير جنازتي/تأبينني/دفني.

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):

أود أن تتضمن جنازتي، إن أمكن، ما يلي (أشخاص، موسيقى، طقوس، وما إلى ذلك):

Other wishes and instructions:

رغبات وتعليمات أخرى:

My initials here indicate additional documents are attached:

يشير التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا إلى أنه تم إرفاق وثائق إضافية:

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Part 4: Legal Authority

الجزء 4: التفويض القانوني

Do not sign unless the witnesses or notary are present.

لا توقع إلا في حضور الشهود أو كاتب العدل.

Note: This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 17].
Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.

ملحوظة: يجب الإشهاد على هذه الوثيقة أو توثيقها لدى كاتب عدل. [انظر متطلبات الولاية الفردية في الصفحة 17 من 17]. يجب أن يُقرّ شاهدان أو كاتب عدل بصحة توقيعك والتاريخ.

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

لقد أكملت هذه الوثيقة بمحض اختياري. أفكر ملياً بوضوح. توضح هذه الوثيقة رغباتي بشأن قراراتي المستقبلية المتعلقة بالرعاية الصحية:

Signature (التوقيع) _____ Date (التاريخ) _____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:

إذا لم أتمكن من التوقيع باسمي، أطلب من الشخص التالي التوقيع نيابةً عني:

Signature (of person asked to sign) (توقيع (الشخص المطلوب منه التوقيع)) _____

Date (التاريخ) _____

Printed Name (الاسم بخط واضح) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Option 1: Notary Public

الخيار 1: كاتب العدل

_____ County of _____ State of _____ (ولاية) (مقاطعة)

_____ (في حضوري في) (date) _____ ((التاريخ)، أقر) In my presence on

(name) acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.

أو توقيعها على هذه الوثيقة، أو أقر/أقرت بأنه قد فوض الشخص الذي وقع على هذه الوثيقة بالتوقيع نيابة عنه. ((الاسم) بتوقيعه

_____ Signature of Notary (توقيع كاتب العدل)

_____ Notary Seal (ختم كاتب العدل)

_____ My commission expires (ينتهي تفويضي في):

Or (أو)

Option 2: Statement of Witnesses

الخيار 2: بيان الشهود

_____ Witness 1: In my presence on (الشاهد الأول: في حضوري في)

(name) voluntarily signed this document _____ (date) _____ ((التاريخ)، وقع)

((or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf (الاسم) بمحض إرادته على هذه الوثيقة (أو فوض الشخص الذي وقع على هذه الوثيقة بالتوقيع نيابة عنه أو عنها)).

_____ Signature (التوقيع) Date _____ (التاريخ)

_____ Printed Name (الاسم بخط واضح)

_____ Witness 2: In my presence on (الشاهد الثاني: في حضوري في)

(name) voluntarily signed this document _____ (date) _____ ((التاريخ)، وقع)

((or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf (الاسم) بمحض إرادته على هذه الوثيقة (أو فوض الشخص الذي وقع على هذه الوثيقة بالتوقيع نيابة عنه أو عنها)).

_____ Signature (التوقيع) Date _____ (التاريخ)

_____ Printed Name (الاسم بخط واضح)

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____ Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

Requirements for Witnesses by State

متطلبات الشهود حسب الولاية

Iowa: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

أيوا: يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين. لا يجوز أن يكون الشاهد: (1) مقدم خدمة يعتني بالموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة؛ (2) موظفًا لدى مقدم الخدمة يعتني بالموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة؛ (3) وكيل الرعاية الصحية المذكور في هذه الوثيقة؛ و(4) لا يمكن أن يكون أحد الشاهدين على الأقل مرتبطًا بالموكل بصلة دم، أو زواج، أو تبني في نطاق أقارب الدرجة الثالثة.

Minnesota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

مينيسوتا: يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين. لا يمكن أن يكون الشاهد وكيل الرعاية الصحية أو وكيل الرعاية الصحية البديل. من بين الشاهدين، يجوز أن يكون أحد الشاهدين فقط مقدم رعاية صحية أو موظفًا لدى مقدم رعاية مباشرة في تاريخ توقيع الوثيقة.

North Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

شمال داكوتا: يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين. لا يجوز أن يكون الشاهد: (1) وكيل الرعاية الصحية؛ (2) زوج أو وريث الموكل؛ (3) شخصًا تربطه صلة قرابة بالموكل بالدم أو الزواج أو التبني؛ (4) شخصًا يحق له الحصول على أي جزء من تركة الموكل عند وفاة الموكل بموجب وصية أو صك؛ (5) أي شخص آخر لديه أي مطالبات تجاه تركة الموكل؛ (6) شخصًا مسؤولًا ماليًا بشكل مباشر عن الرعاية الطبية للموكل؛ أو (7) الطبيب المعالج للموكل. بالإضافة إلى ذلك، يجب ألا يكون شاهد واحد على الأقل مقدم رعاية صحية أو مقدم رعاية طويلة الأجل يقدم رعاية مباشرة للموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة أو موظفًا لدى مقدم رعاية صحية أو مقدم رعاية طويلة الأجل يقدم رعاية مباشرة للموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة.

South Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required.

جنوب داكوتا: يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين.

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

After Completing the Advance Care Plan

بعد استكمال التخطيط المسبق للرعاية

Now that I have completed this document, I will:

والآن بعد أن أكملت هذه الوثيقة، سأقوم بما يلي:

- ☐ Keep the original copy of this document where it can be easily found

أحتفظ بالنسخة الأصلية من هذه الوثيقة في مكان يمكنني العثور عليها فيه بسهولة.

- ☐ Make several copies of this document and give to my

أبادر بعمل عدة نسخ من هذه الوثيقة وأعطيها لـ:

Primary and Alternate Health Care Agents ·

وكيل الرعاية الصحية الأساسي والبدلي

Doctor and other health care providers ·

الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين

Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my ·
medical record

منشأة الرعاية الصحية (مستشفى، وغيرها) في حالة إدخالها، وأطلب وضعها في ملفي الطبي

- ☐ Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are ·

التحدث إلى بقية أفراد أسرتي وأصدقائي المقربين الذين قد يشاركون إذا تعرضت لإصابة أو أصبت بمرض خطير، والتأكد من أنهم يعرفون من هو وكيل الرعاية الصحية، وما هي رغباتي.

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

When to Review Your Advance Care Plan

متى يجب مراجعة تخطيطي المسبق للرعاية

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the "Five D's" occur.

من الشائع مراجعة التخطيط المسبق للرعاية وتحديثه بانتظام. قد ترغب في مراجعته مع إجراء الفحص البدني السنوي أو عند حدوث أي من "العناصر الخمسة التالية".

Decade: when you start each new decade of your life •
مرور عشر سنوات: عندما تبدأ كل عقد جديد من حياتك.

Death: whenever you experience the death of a loved one •
الوفاة: عند وفاة أحد أحبائك.

Divorce: when you experience a divorce or other major family change •
الطلاق: عندما تتعرض للطلاق أو تغيير كبير آخر في الظروف الأسرية.

Diagnosis: when you are diagnosed with a serious health condition •
التشخيص: عند تشخيصك بحالة صحية خطيرة.

Decline: when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own
التدهور: عندما تعاني من تدهور شديد أو تدهور في حالة صحية موجودة بالفعل، خاصةً عندما لا تستطيع العيش بمفردك.

Copies of This Document Have Been Given To:

تم إعطاء نسخ من هذه الوثيقة إلى:

Primary (main) Health Care Agent

وكيل الرعاية الصحية الأساسي (الرئيسي)

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

Alternate Health Care Agent (وكيل الرعاية الصحية البديل)

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

مقدم الرعاية الصحية/ أفراد العيادة/المستشفى/ الأسرة

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

Name (الاسم): _____ Telephone (رقم الهاتف): _____

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) _____ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) _____ Birth Date (تاريخ الميلاد) _____

التخطيط المسبق للرعاية / Advanced Care Plan

If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

إذا تغيرت رغباتك، فاملأ نموذجًا جديدًا. امنح نسخًا من الوثيقة الجديدة لكل من كانت لديه نسخ من الوثيقة السابقة. أخبرهم أن يتخلصوا من النسخة السابقة.

(الاسم بخط واضح) (print name) _____ (التخطيط المسبق للرعاية لـ) The ACP of
(تاريخ الإكمال) Completion Date _____ (تاريخ الميلاد) Birth Date