

Advanced Care Plan

अग्रिम स्याहार योजना

My Advance Care Plan

मेरो अग्रिम स्याहार योजना

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.

मैले यस अग्रिम निर्देशिकालाई एकसमै विचार गरेर पूरा गरेको छु। यस कागजातले मेरो उपचारका विकल्पहरू र प्राथमिकताहरू दिन्छ र/वा मैले मेरो आफ्नै स्वास्थ्य हेरचाह निर्णयहरू बताउन सकिदिन भने मेरो पक्षमा बोलनका लागि स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट (जसलाई स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारनामा पनि भनिन्छ) नियुक्त गर्दछ। यदि नाम राखिएको छ भने, मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट, मैले गर्न नचाहने उपचारहरू अस्वीकार गर्ने निर्णय सहित मेरो लागि चिकित्सा निर्णयहरू गर्न सक्षम छन्।

This document will replace any previous advance directive.

यो कागजातले अघिल्लो अग्रिम निर्देशनलाई प्रतिस्थापन गर्ने छ।

My name (मेरो नाम): _____

Date (मिति): _____

My date of birth (मेरो जन्ममिति): _____

My address (मेरो ठेगाना): _____

My telephone numbers: (home) (मेरो टेलिफोन नम्बरहरू: (घर)) _____

(C (cell.)) (सेल) _____



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

व्यवसायिक चिकित्सा दोभाषेले यो कागजात पूरा गर्न मद्दत गर्नुभएको थियो भनी यहाँ भएका मेरा आद्याक्षरहरूले सूचित गर्छन्।

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

भाग 1: मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट

(स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारना भनेर पनि चिनिन्छ)

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

मैले रोग वा चोटपटकका कारणले गर्दा मेरा इच्छाहरू र स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू बताउन नसकेमा वा मैले मेरो आफ्नै स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू गर्न सकिदिन भनी मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीले निर्धारण गरेमा, म मेरा इच्छाहरू बताउन र मेरो स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू लिनका लागि तल नाम दिइएको व्यक्ति छनोट गर्छु। मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले निम्न कुरा गर्नुपर्छ:

- यस कागजातमा भएका मेरा स्वास्थ्य स्याहार निर्देशनहरूको पालना
- मैले उहाँलाई दिएको अन्य कुनै स्वास्थ्य स्याहार निर्देशनहरूको पालना
- मेरा उत्कृष्ट रुचिहरू र स्वीकृत चिकित्सा मानदण्डहरू अनुसार निर्णयहरू बनाउन

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

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

राज्य कानून बमोजिम एजेन्ट वा स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारनामाहुने सक्नेहरूका आवश्यकताहरू

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.

Iowa: मैले यो कागजातमा हस्ताक्षर गरेको मितिमा मेरो एजेन्ट मेरो हेरचाह गर्ने स्वास्थ्य सेवा प्रदायक हुन सक्नुहुन्न। मेरो एजेन्ट पनि सम्बन्धको तेस्रो श्रेणीमा रगत, विवाह वा दत्तकग्रहणबाट मसँग सम्बन्धित नहुँदासम्म स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्न।

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.

Minnesota: मेरो एजेन्ट वयस्क हुनुपर्छ। मेरो एजेन्ट म त्यो व्यक्तिसँग रगत वा विवाह, दर्ता गरिएको घरेलु साझेदारी वा दत्तकग्रहणबाट सम्बन्धित नहुँदासम्म वा मसँग यस कागजातमा अन्यथा उल्लेख नहुँदासम्म मलाई प्रत्यक्ष स्याहार दिने स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्न (यहाँ उल्लेख गर्नुहोस्: _____).

साथै, निर्णयहरू बनाउनका लागि मेरो क्षमता निर्धारण गर्न नियुक्त गरिएको कुनै व्यक्ति मेरो एजेन्ट हुन सक्दैन।

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.

North Dakota: मेरो एजेन्ट वयस्क हुनुपर्छ। मेरो एजेन्ट निम्न हुन सक्नुहुन्न: 1) मेरो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक; 2) मेरो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको कर्मचारी भएको कोही तर मसँग सम्बन्धित नभएको; 3) मेरो दीर्घकालीन स्याहार सेवा प्रदायक; 4) मेरो दीर्घकालीन स्याहार सेवा प्रदायकको कर्मचारी भएको कोही तर मसँग सम्बन्धित नभएको।

South Dakota: My agent must be an adult.

South Dakota: मेरो एजेन्ट वयस्क हुनुपर्छ।

Advanced Care Plan / अग्रिमि स्याहार योजना

My Primary (Main) Health Care Agent Is:

मेरो प्राथमिक (मुख्य) स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट निम्न हो:

Name (नाम): _____ Relationship (सम्बन्ध): _____

Telephone numbers: (H) टेलिफोन नम्बर: (H) _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (पूरा ठेगाना): _____

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.

मेरो प्राथमिक एजेन्टले मेरा लागि स्वास्थ्य स्याहार निर्णय गराउन इच्छुक नभएमा, सक्षम नभएमा वा उचित रूपमा उपलब्ध नभएमा, मैले वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट छनोट गर्छु।

My Alternate Health Care Agent Is:

मेरो वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट निम्न हो:

Name (नाम): _____ Relationship (सम्बन्ध): _____

Telephone numbers: (H) टेलिफोन नम्बर: (H) _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (पूरा ठेगाना): _____

Powers of My Health Care Agent:

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको सामर्थ्य:

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:

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट स्वचालित रूपमा निम्नमध्ये सबै सामर्थ्य छ जब मसँग निर्णय गर्ने क्षमता छैन र/वा म आफ्नै लागि कुरा गर्न असमर्थ छु:

A. 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.

मेरो स्वास्थ्य स्याहारका बारेमा निर्णय अस्वीकार गर्न वा रद्द गर्न सहमत हुने। यसले परीक्षण, औषधि, शल्यक्रिया, कृत्रिम पोषण र हाइड्रेसन (जस्तै ट्युबबाट खुवाउने वा IV (इन्ट्राभेनस) तरल पदार्थ) र उपचारहरूसँग सम्बन्धित अन्य निर्णयहरू समावेश गर्छ। उपचार पहिले नै सुरु भएमा, मेरो एजेन्टले मेरो निर्देशनहरूको आधारमा यो गर्न जारी राख्न वा रोक्न सक्नुहुन्छ।

B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs.

मेरो इच्छा, महत्त्व र विश्वासको उहाँको बुझाइको आधारमा यस कागजातमा कुनै पनि निर्देशन व्याख्या गर्नुहोस्।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

Additional Powers of My Health Care Agent:

मेरो सामर्थ्य स्याहार एजेन्टको अतिरिक्त शक्तिहरू:

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

तलका मेरा प्रारम्भहरूले मेरो स्वास्थ्य सेवा एजेन्टलाई पनि अधिकृत गर्छु भन्ने कुराको सङ्केत गर्दछ:

☐

Make decisions about the care of my body after death.
मरो मृत्युपछि शरीरको स्याहारबारे निर्णयहरू बनाउनुहोस्।

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

म North Dakota वा Minnesota मा बस्छु भने, तलका मेरा आद्याक्षहरूले म मेरो स्वास्थ्य सेवा एजेन्टलाई पनि अधिकृत गर्छु भन्ने कुराको सङ्केत गर्दछ:

☐

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

यदि हाम्रो विवाह वा घरेलु साधेदारी कानूनी रूपमा समाप्त हुदैँ छ वा समाप्त भएको छ भने पनि मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको रूपमा जारी राख्नुहोस्।

☐

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

यदि म आफ्नो निर्णय आफैँ बनाउन वा आफ्नो लागि आफैँ बोल्न सक्छु भने पनि, यदि मैले त्यसो गर्न छनोट गरे भनी मेरो लागि स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू बनाउनुहोस्।

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

Part 2: My Health Care Instructions

भाग 2: मेरा स्वास्थ्य स्याहार निर्देशनहरू

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.

स्वास्थ्य स्याहारका लागि मेरो रोजाइ र प्राथमिकताहरू तल सङ्केत गरिएका छन्। यदी म सञ्चार गर्न वा अपनो रोजाइहरू बनाउन सक्दैन भने म अपनो स्वास्थ्य एजेन्टलाई यी रोजाइहरू सञ्चार गर्न, र मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीलाई तिनीहरूलाई सम्मान गर्न सोध्छु।

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

मैले हरेक स्थितिका लागि रूचाएको विकल्पका लागि तल एउटा बाकस सुरु गरेको छु।

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

नोट: तपाईंलाई आफ्नो जीवन लम्ब्याउनका लागि उपचारबारे निर्देशनहरू लेख्न आवश्यक छैन। यदि तपाईंसँग लिखित निर्देशनहरू छैन भने, तपाईंको एजेन्टले तपाईंको बोलीको इच्छाको आधारमा वा तपाईंको इच्छाहरू अज्ञात भएमा तपाईंको सर्वोत्तम हितमा निर्णय गर्ने छ।

A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present

कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन: हालका लागि निर्णय

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.

यो निर्णयले मेरो हालको स्वास्थ्यमा आधारित रहेर आज मैले गरीरहेको उपचार छनोट उल्लेख गर्दछ। खण्ड C तल (मेरो जीवन लम्ब्याउने उपचारहरू: भविष्यका लागि निर्णयहरू) ले मेरो स्वास्थ्य भविष्यमा परिवर्तन भने र मैले आफ्नै लागि सञ्चार गर्न सक्दिन भने मैले चाहेको उपचार विकल्पहरू सङ्केत गर्दछ।

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.

CPR हृदयको लय र सास फेर्न रोकिएको बेला पुनर्स्थापना ल्याउन प्रयासका लागि प्रयोग गरिने उपचार हो। CPR ले छातीको सङ्कुचन (रगत सञ्चालन गर्न छातीमा प्रभावशाली धक्का), औषधिहरू, इलेक्ट्रिकल अघातहरू, श्वास ट्युब र अस्पतालमा भर्ना सम्मिलित गर्न सक्छ।

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.

म बुझ्दछु कि CPR ले जीवन बचाउन सक्छ तर यसले सधैं काम गर्दैन। म यो कुरा पनि बुझ्दछु कि CPR ले ती व्यक्तीहरूका लागि काम गर्दैन जोसँग पुरानो (लामो अवधि) बिमारी वा खराब कार्य वा दुवै हुन्छ। म बुझ्दछु कि CPR बाट पुनः प्राप्ति हुन पीडादायी वा कठिन हुन सक्छ।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Advanced Care Plan / अग्रिम स्याहार योजना

Therefore (initial one)

त्यसकारण (प्रारम्भिक)

☐

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.
मेरो हृदय वा श्वासप्रश्वास बन्द हुन्छ भने मलाई CPR प्रयास चाहिन्छ।

Or (वा)

☐

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:

मेरो स्वास्थ्यको हालको स्थितिको आधारमा मेरो हृदय वा श्वासप्रश्वास बन्द हुन्छ भने मलाई CPR प्रयास चाहिन्छ। यद्यपि, भविष्यमा यदि मेरो स्वास्थ्य परिवर्तन भएको छ भने, त्यसपछि मेरो एजेन्ट वा मैले (म सक्षम छु भने) मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीसँग CPR छलफल गर्नुपर्छ। खण्ड B मा भएका मेरा विकल्पहरू: उपचार प्राथमिकताहरू र खण्ड C: यो निर्णय लिने बेलामा मेरो जीवन लम्ब्याउने तल दिइएका उपचारहरूलाई विचार गर्नुपर्छ। मेरो स्वास्थ्य परिवर्तन भएको उदाहरणहरूमा निम्न समावेश छन्:

- have an incurable illness or injury and am dying
मलाई निको नहुने रोग वा चोट लागेको छ र म मर्दैछु
- have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops
मेरो मुटु वा श्वासप्रश्वास रोकियो भने म बाच्ने कुनै उचित सम्भावना छैन
- have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering
यदि मेरो मुटु वा श्वासप्रश्वास रोकियो भने म दीर्घकालीन समयसम्म बाच्ने थोरै सम्भावना हुन्छ र CPR ले अर्थपूर्ण पीडा निम्त्याउँछ

Or (वा)

☐

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.

मेरो मुटु वा श्वासप्रश्वास बन्द भएमा म CPR गर्न चाहन्न। म प्राकृतिक मृत्युलाई अनुमति दिन चाहन्छु। यदि मैले यो विकल्प छनोट गरे भने मैले डु नट रिसुसिटे (DNR) अर्डर लेख्नेबारे आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई हेर्नुपर्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु।

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

B. Treatment Choices: My Health Condition

उपचारका रोजाइहरू: मेरो स्वास्थ्य अवस्था

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.

मेरा विशिष्ट स्वास्थ्य अवस्था(हरू) का लागि मेरो उपचार रोजाइहरू यहाँ लेखिएको छ। कुनै पनि उपचार विकल्पका साथ, म बुझ्दछु कि मैले पीडानाशक औषधि र साथसाथै, यदि म मुखले खाना तथा तरल पदार्थ लिन सक्षम हुन्छु भने मैले प्राप्त गर्न जारी राख्ने छु।

☐

My initials here indicate additional documents are attached.

यहाँ भएका मेरा आद्यक्षरहरूले थप कागजातहरू संलग्न गरिएको छ भनी सूचित गर्छन्।

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

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

मेरो जीवन लम्ब्याउने उपचारहरू: भविष्यका लागि निर्णय

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):

यदि म अब आफ्नो लागि निर्णय गर्न सकिदिन र मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोली र एजेन्टले म को हो भनेर जान्न मेरो क्षमता पुनः प्राप्त गर्न सकिदिन भन्ने विश्वास गर्नुहुन्छ भने, म (प्रारम्भिक) चाहन्छु:

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.

नोट: कुनै पनि छनोटका साथ, मैले दुखाइ र आरामको औषधिहरू प्राप्त गरिरहने छु, साथै मैले निल्न सकेमा खाना र तरल पदार्थहरू मुखले खाने कार्य जारी राख्ने छु भन्ने कुरा बुझ्छु।

☐

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.

मेरो जीवन बढाउन सक्ने सबै उपचारहरू बन्द गर्न वा रोक्न। यो समावेश हुन्छ तर कृत्रिम पोषण र हाइड्रेसनमा सीमित छैन (उदाहरणका लागि, ट्युबबाट खुवाउने, IV (इन्ट्राभेनस) तरल पदार्थ), रेस्पिरेटर/भेन्टिलेटर (श्वासप्रश्वास मेसिन), कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन (CPR), डायलायसिस र प्रतिजीवी।

Or (वा)

☐

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.

मेरो स्वास्थ्य सेवा टोलीद्वारा सिफारिस गरिएको सबै उपचारहरू। यो समावेश हुन्छ तर कृत्रिम पोषण र हाइड्रेसनमा सीमित छैन (उदाहरणका लागि, ट्युबबाट खुवाउने, IV (इन्ट्राभेनस) तरल पदार्थ), रेस्पिरेटर/भेन्टिलेटर (श्वासप्रश्वास मेसिन), कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन (CPR), डायलायसिस र प्रतिजीवी। म मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोली र एजेन्टले त्यस्ता उपचारहरू हानिकारक हुन्छ वा उपयोगी हुँदैन भनेर सहमत नगर्दासम्म उपचार जारी राख्न चाहन्छु।

Comments or directions to my health care team:

मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीका लागि टिप्पणी वा निर्देशनहरू:

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

D. Organ Donation (Initial One)

अङ्ग दान (प्रारम्भिक)

☐

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:

योग्य भएमा, मैले मेरो आँखा, तन्तु र/वा अङ्ग दान गर्न चाहन्छु। मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट दान गरेर पूरा नहुँदासम्म मेरो अङ्ग, तन्तु र आँखाहरू सम्भाल्न आवश्यक भएको उपचार वा हस्तक्षेप सुरु गर्न र जारी राख्न सक्नुहुन्छ। मेरो विशेष इच्छाहरू (कुनै भएमा) निम्न हुन्:

☐

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.
म मेरो आँखा, तन्तु र/वा अङ्ग दान गर्न चाहन्न।

Or (वा)

☐

My Health Care Agent can decide.
मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले निर्णय गर्न सक्नुहुन्छ।

E. Autopsy (Initial One)

पोस्टमार्टम (प्रारम्भिक)

☐

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.
म मेरो एजेन्टले मेरो शरीरको पोस्टमार्टमका बारेमा निर्णयहरू लियोस् भन्ने चाहन्छु।

☐

I do not want an autopsy unless required by law.
कानुनी रूपमा आवश्यक नहुँदासम्म म पोस्टमार्टम चाहन्न।

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

भाग 3: मेरो आशा र इच्छाहरू (वैकल्पिक)

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

म मेरो प्रियजनहरूलाई मेरो निम्न विचार र भावनाहरू थाहा होस् भन्ने चाहन्छु।

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

मेरो लागि जीवन अत्यन्तै महत्त्वपूर्ण बनाउने कुरा निम्न हुन्:

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

जीवन अब बाँच्ने लायकको छैन भन्नेबारे मेरा विश्वासहरू:

My thoughts about specific medical treatments, if any:

कुनै भएमा, विशेष चिकित्सा उपचारका बारेमा मेरा विचारहरू:

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

म कसरी मर्न चाहन्छु र म कहाँ मर्न चाहन्छु भन्नेबारे मेरा विचार र भावनाहरू:

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.):

म मृत्युको नजिकै भएमा, म मेरो प्रियजनहरूलाई मैले निम्न सहजता र सहायताका लागि प्रशंसा गर्न चाहन्छु भनी थाहा दिन चाहन्छु (विधिशास्त्र, प्रार्थना, सङ्गीत, आदि):

Advanced Care Plan / अग्रिमि स्याहार योजना

Religious affiliation:

धार्मिक सम्बन्ध:

I am of the (म) _____ faith, and am a member of
(विश्वासको हो र) _____ faith community (विश्वास समुदायको सदस्य हो।) in (मा)
(city) (सहर) _____.

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.

म मेरो मृत्युका बारेमा मेरो विश्वास समुदायलाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले सूचित गरौं र मेरो शवयात्रा/स्मृति/दफन उपलब्ध गराउन उहाँहरूका लागि व्यवस्थित गरौं भन्ने चाहन्छु।

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

सम्भव भएमा, म मेरो शवयात्रामा निम्न समावेश गर्न चाहन्छु (मानिस, सङ्गीत, विधिशस्त्र, आदि):

Other wishes and instructions:

अन्य इच्छा र निर्देशनहरू:

☐ My initials here indicate additional documents are attached:

यहाँ भएका मेरा आद्यक्षरहरूले थप कागजातहरू संलग्न गरिएको छ भनी सूचित गर्छन्: भाग

Advanced Care Plan / अग्रिम स्याहार योजना

Part 4: Legal Authority

भाग 4: कानुनी अधिकार

Do not sign unless the witnesses or notary are present.

साक्षी वा नोटरी उपस्थित नहुँदास्म हस्ताक्षर नगर्नुहोस्।

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.

नोट: यो कागजात नोटरी गरिएको वा साक्षी भएको हुनुपर्छ। [पृष्ठ 17 मा व्यक्तिले उल्लेख गरेको आवश्यकताहरू हेर्नुहोस्]।
दुई साक्षी र नोटरी पब्लिकले तपाईंको हस्ताक्षर र मिति पुष्टि गर्नुपर्छ।

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

मैले यो कागजात इच्छापूर्वक गराएको हो। म स्पष्ट रूपमा सोचिरहेको छु। यो कागजातले मेरो भविष्यका स्वास्थ्य स्याहार निर्णयबारे मेरा इच्छाहरू उल्लेख गर्छ:

Signature (हस्ताक्षर) _____ Date (मिति) _____

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

मैले मेरो नाम हस्ताक्षर गर्न नसकेमा, मैले मेरा लागि हस्ताक्षर गर्न निम्न व्यक्तिलाई अनुरोध गर्छु:

Signature (of person asked to sign)

(हस्ताक्षर गर्न भनिएको व्यक्तिको)हस्ताक्षर _____

Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

Option 1: Notary Public

विकल्प 1: नोटरी पब्लिक

_____ State of (को राज्य) _____ County of (को काउन्टी)

In my presence on (मेरो उपस्थितिमा) _____ (date) (मिति),

_____ (name) (नाम) 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. (ले यो कागजातमा आफ्नो हस्ताक्षर स्वीकार गर्नुभयो वा यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई निजको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिएको स्वीकार गर्नुभयो।)

Signature of Notary (नोटरीको हस्ताक्षर) _____

Notary Seal (नोटरीको छाप) _____

My commission expires (मेरो नियुक्ति यसमा समाप्त हुन्छ): _____

Or (वा)

Option 2: Statement of Witnesses

विकल्प 2: साक्षीको बयान

Witness 1: In my presence on (साक्षी 1: मेरो उपस्थितिमा) _____ (date) (मिति),

_____ (name) (नाम) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (ले स्वेच्छापूर्वक यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुभयो (वा यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई निजको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिइयो।)

Signature (हस्ताक्षर) _____

Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____

Witness 2: In my presence on (साक्षी 2: मेरो उपस्थितिमा) _____ Date (मिति),

_____ (name) (नाम) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (ले स्वेच्छापूर्वक यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुभयो (वा यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई निजको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिइयो।)

Signature (हस्ताक्षर) _____

Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

Requirements for Witnesses by State

राज्यद्वारा साक्षीहरूका लागि आवश्यकताहरू

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.

Iowa: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्। साक्षी निम्न हुन सक्नुहुन्न: (1) यस कागजातमा हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकमा उपस्थित हुने प्रदायक; (2) यस कागजातमा हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकमा उपस्थित हुने प्रदायकको कर्मचारी; (3) यस कागजातमा नाम दिइएको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट; र (4) कम्तीमा एक साक्षी सम्बन्धको तेस्रो श्रेणीमा रगत, विवाह वा दत्तकग्रहणबाट प्रधानाध्यापकसँग सम्बन्धित हुन सक्दैन।

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.

Minnesota: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्। एक साक्षी स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट वा वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट हुन सक्दैन। दुई जना साक्षीमध्ये, एक जना मात्र कागजातमा हस्ताक्षर भएको मितिमा स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा प्रत्यक्ष हेरचाह गर्ने प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्छ।

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.

North Dakota: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्। साक्षी निम्न हुन सक्नुहुन्न: (1) स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट; (2) प्रधानाध्यापकको जीवनसाथी वा उत्तराधिकारी; (3) प्रधानाध्यापकसँग रगत, विवाह वा दत्तकग्रहणको सम्बन्ध भएको व्यक्ति; (4) इच्छा वा कर्म अन्तर्गत प्रधानाध्यापकको मृत्युमा प्रधानाध्यापकको सम्पत्तिको कुनै भागको हकदार भएको व्यक्ति; (5) प्रधानाध्यापकको सम्पत्ति विरुद्ध कुनै पनि दावी गर्ने अन्य कुनै व्यक्ति; (6) प्रधानाध्यापकको चिकित्सा स्याहारका लागि सिधै आर्थिक रूपमा जिम्मेवार भएको व्यक्ति; वा (7) प्रधानाध्यापकको उपस्थित चिकित्सक। साथै, कम्तीमा पनि एउटा साक्षी यो कागजात हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकलाई प्रत्यक्ष स्याहार उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य स्याहार वा दीर्घकालीन हेरचाह प्रदायक वा यस कागजातमा हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकलाई प्रत्यक्ष स्याहार उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य स्याहार वा दीर्घकालीन हेरचाह प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्न।

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

South Dakota: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्।

Advanced Care Plan / अग्रिम स्याहार योजना

After Completing the Advance Care Plan

अग्रिम स्याहार योजना पूरा गरेपछि

Now that I have completed this document, I will:

मैले यो कागजात पूरा गरेको हुँदा, म निम्न कुरा गर्ने छु:

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

सजिलैसँग फेला पार्न सकिने ठाउँमा यो कागजातको मूल प्रतिलिपि राख्ने

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

यो कागजातको धेरै प्रतिलिपिहरू बनाउने र मेरो:

- Primary and Alternate Health Care Agents
प्राथमिक र वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टहरूलाई दिने
- Doctor and other health care providers
चिकित्सक र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू
- Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record
म भर्ना भएको स्वास्थ्य स्याहार सुविधास्थल (अस्पताल, अन्य) र यसलाई मेरो मेडिकल रेकर्डमा राख्न अनुरोध गर्ने

- ☐ 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.

मलाई गम्भीर रोग वा चोट लागेमा संलग्न हुन सक्ने मेरा बाँकी परिवार र नजिकका साथीहरूलाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट को हो र मेरा इच्छाहरू के-के छन् भन्ने कुरा थाहा छ भनी सुनिश्चित गर्दै उहाँहरूसँग कुरा गर्ने।

Advanced Care Plan / अग्रिम स्याहार योजना

When to Review Your Advance Care Plan

तपाईंको अग्रिम स्याहार योजनाको समीक्षा कहिले गर्ने

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.

नियमित रूपमा अग्रिम स्याहार योजनाको समीक्षा र अद्यावधिक गर्नु सामान्य हो। तपाईं यसलाई तपाईंको वार्षिक शारीरिक परीक्षाका साथ वा "Five D's" मध्ये कुनै पनि देखा पर्दा समीक्षा गर्न सक्नुहुन्छ।

- **Decade:** when you start each new decade of your life.
दशकको अवधिमा: तपाईं आफ्नो जीवनको प्रत्येक नयाँ दशक सुरु गर्दा।
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.
मृत्यु: तपाईं कुनै प्रियजनको मृत्युको अनुभव गर्दा।
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.
सम्बन्ध विच्छेद: तपाईंले सम्बन्ध विच्छेद वा अन्य मुख्य पारिवारिक परिवर्तन अनुभव गर्दा।
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.
निदान: तपाईंलाई गम्भीर स्वास्थ्य अवस्थाको निदान गरिँदा।
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.
अस्वीकार: तपाईं अवस्थित स्वास्थ्य अवस्थाको महत्वपूर्ण अस्वीकार वा बिग्रिएको अनुभव गर्दा, विशेषगरी तपाईं आफैँमा जीवित रहन नसक्दा।

Copies of This Document Have Been Given To:

यो कागजातको प्रतिलिपिहरू निम्नलाई दिइएको छ:

Primary (main) Health Care Agent

(प्राथमिक (मुख्य) स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट)

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Alternate Health Care Agent (वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट)

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक/क्लिनिक/अस्पताल/परिवारका सदस्यहरू

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Advanced Care Plan / अग्रमि स्याहार योजना

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.

यदि तपाईं परिवर्तन गर्न चाहनुहुन्छ भने, नयाँ फाराम भर्नुहोस्। सबैजनालाई नयाँ कागजातको प्रतिलिपिहरू दनुहोस् जोसँग तपाईंको अघिल्लो प्रतिलिपिहरू छन्। उनीहरूलाई अघिल्लो संस्करण नष्ट गर्न लगाउनुहोस्।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____