

फाइव विशेज[®] FIVE WISHES[®]

निम्न के लिए मेरी इच्छा:

व्यक्ति, जो मेरी देखभाल के निर्णय ले सके जब मैं नहीं ले सकता/सकती

चिकित्सीय उपचार का प्रकार जो मैं चाहता अथवा नहीं चाहता

मैं कितना सहज होना चाहता/चाहती हूं

मैं लोगों से कैसा बर्ताव चाहता/चाहती हूं

मैं अपने प्रियजनों से क्या जानना चाहता/चाहती हूं

अपना नाम प्रिंट करें

print your name

जन्मतिथि

birthdate

फाइव विशेष

जीवन में बहुत सी चीजें हैं जो हमारी पहुंच से बाहर हैं। ये फाइव विशेष पुस्तिका आपको किसी बहुत महत्वपूर्ण पर नियंत्रण के तरीके बताती है—आपके साथ कैसा व्यवहार किया जाए यदि आप गंभीररूप से बीमार पड़ जाएं। यह भरने में आसान फार्म है जिससे आप ठीक वही बता सकते हैं जो आप चाहते हैं। एकबार भरने और विधिवत हस्ताक्षरित होने पर यह अधिकतर राज्यों के कानून के अंतर्गत वैध होता है।

फाइव विशेष क्या हैं?

फाइव विशेष जीवित रहते प्रथम इच्छा है जिसमें आपकी व्यक्तिगत, भावनात्मक और आध्यात्मिक जरूरतों तथा आपकी चिकित्सीय इच्छाओं का विवरण है। इससे आप अपने पसंदीदा व्यक्ति जो आपके स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी निर्णय ले सकने में समर्थ है, को चुन सकते हैं यदि आप उन्हें स्वयं लेने में समर्थ नहीं हैं। फाइव विशेष से आप ठीक वही बता सकते हैं जैसा व्यवहार आप चाहते हैं, यदि आप गंभीररूप

से बीमार होते हैं। इसे अमेरिकन बार एसोसिएशन के कानून एवं उम्रवृद्धि आयोग और अंतिम समय देखरेख में देश के प्रमुख विशेषज्ञों की सहायता से लिखा गया था। यह प्रयोग में आसान भी है। आपको केवल बॉक्स पर निशान लगाना, दिशा पर गोला खींचना या कुछ वाक्य लिखने भर हैं।

फाइव विशेष आप और आपके परिवार की मदद कैसे कर सकती हैं

- इससे आप अपने परिवार, दोस्तों और डॉक्टर से ठीक वही बता सकते हैं जैसा व्यवहार आप चाहते हैं, यदि आप गंभीररूप से बीमार होते हैं।
- आपके परिवार को अनुमान लगाने की जरूरत नहीं होगी कि आप क्या चाहते हैं। यह उनकी मदद करती है यदि आप गंभीररूप से बीमार होते हैं, क्योंकि आपकी इच्छाएं जाने बिना उन्हें गंभीर निर्णय लेने की जरूरत नहीं पड़ेगी।
- आप जान सकते हैं कि आपकी मां, बाप, पति/पत्नी अथवा मित्र फाइव विशेष जीवित रहते इच्छा द्वारा क्या चाहते हैं। आप उनके लिए मौजूद रह सकते हैं जब उन्हें आपकी सबसे ज्यादा जरूरत हो। आप समझ जाएंगे कि वास्तव में वे चाहते क्या हैं।

फाइव विशेष कैसे शुरू हुई

12 वर्षों से, जिम टोवी नामक व्यक्ति ने मदर टेरेसा की निकटता में कार्य किया और एक वर्ष तक उनके द्वारा वाशिंगटन डी.सी में चलाई जा रही धर्मशाला में रहा था। इस प्रथम अनुभव से प्रेरित होकर, मि. टोवी ने रोगियों और उनके परिवारों के साथ मिलकर गंभीर बीमारियों से लड़ने और आगे की योजना के लिए एक रास्ता खोजा। उसका

परिणाम फाइव विशेष है और इसका प्रत्युत्तर शानदार रहा। यह सीएनएन और एनबीसी के टूडे शो तथा टाइम और मनी पत्रिकाओं में प्रकाशित किया गया। अखबारों ने फाइव विशेष को प्रथम “दिल से जीवित रहते इच्छा” कहा।

फाइव विशेष का प्रयोग कैसे करना चाहिए

फाइव विशेष, किसी भी 18 वर्ष अथवा अधिक – विवाहित, एकल, अभिभावक, व्यस्क बच्चों और मित्रों के लिए है। सभी आयुवर्गों के अस्सी लाख से भी अधिक अमेरिकी पहले ही इसका प्रयोग कर चुके हैं। क्योंकि यह

इतनी अच्छी तरह से कार्य करती है कि वकील, डॉक्टर, अस्पतालों और धर्मशालाएं, धार्मिक समुदाय, नियोजक, सेवानिवृत्त समूह इस दस्तावेज का प्रचार कर रहे हैं।

फाइव विशेष वाले राज्य

यदि आप **कोलंबिया डिस्ट्रिक्ट** अथवा नीचे सूचीबद्ध 40 राज्यों में से कहीं रहते हैं तो आप **फाइव विशेष** प्रयोग कर सकते हैं और मन की शान्ति पा सकते हैं क्योंकि यह कानून के अंतर्गत आपके राज्य की जरूरतों को पूरा करने में भरपूर योग देती है:

अलास्का	इदेहो	मिसूरी	रोड आइलैंड
ऐरिजोना	इलिनोइस	मोन्टाना	साउथ कैरोलिना
अरकनसेस	आयोवा	नेबरस्का	साउथ डकोटा
कैलिफोर्निया	लुसिआना	न्यूजर्सी	वरमोंट
कोलोरेडो	मेन	न्यू मेक्सिको	टेनेसी
कनेक्टिकट	मेरीलैंड	न्यूयार्क	वर्जिनिया
डेलावेयर	मेसाचुसैट्स	नार्थ कैरोलिना	वाशिंगटन
फ्लोरिडा	मिशिगन	नार्थ डकोटा	वेस्ट वर्जिनिया
जॉर्जिया	मिनेसोटा	ओकलाहोमा	विस्कॉंसिन
हवाई	मिसीसिपी	पेन्सिलवेनिया	योमिंग

यदि आपका राज्य यहां दिए गए 40 राज्यों की सूची में नहीं है, फाइव विशेष को आपके राज्य के कानून के अंतर्गत तकनीकी जरूरत पूरा नहीं करती। इसलिए आपके राज्य के कुछ डॉक्टर फाइव विशेष को सम्मान देने के अनिच्छुक हो सकते हैं। हालांकि, यहां गैर-सूचीबद्ध राज्यों के कुछ लोग अपने राज्य के कानूनी फॉर्म के साथ फाइव विशेष को पूरा करते हैं। वे पाते हैं कि फाइव विशेष, जो वे व्यक्त करना चाहते हैं में सहायक होती है और परिवारिक सदस्यों, मित्रों, परिचारकों और डॉक्टरों को सहायक मार्गदर्शन प्रदान करती है। अधिकतर डॉक्टर और स्वास्थ्य परिचर्या पेशेवर लोग जानते हैं कि उन्हें आपकी इच्छाएं जानने की जरूरत होती है, कोई फर्क नहीं पड़ता कि आप उन्हें कैसे व्यक्त करते हैं।

मैं फाइव विशेष कैसे बदलता हूँ?

आपके पास पहले से जीवित रहते इच्छा अथवा स्वास्थ्य परिचर्या के लिए स्थाई पॉवर ऑफ अटार्नी हो सकती है। यदि आप इसकी बजाय फाइव विशेष प्रयोग करना चाहते हैं, आपकी केवल निर्देशित रूप में फॉर्म भरना और हस्ताक्षर करने हैं। जैसे ही आप इस पर हस्ताक्षर करते हैं, यह आपके पहले किसी भी अग्रिम निर्देश को छीन लेती है। सुनिश्चित करने के लिए कि सही फॉर्म प्रयोग किया गया है, कृपया निम्नलिखित करें:

- अपनी पुरानी पहले से जीवित रहते इच्छा अथवा स्वास्थ्य परिचर्या के लिए स्थाई पॉवर ऑफ अटार्नी की सभी प्रतियां नष्ट कर दें। अथवा आप अपने पास की प्रति के आर-पार बड़े अक्षरों में “Revoked” (रद्द) लिख सकते हैं। अपने वकील को बता दें यदि उसने उन पुराने फार्मों की तैयारी में आपकी मदद की हो। और
- अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट, परिवारिक सदस्यों या डॉक्टर को बता दें कि आपने नई फाइव विशेष को भरा है। सुनिश्चित करें कि उन्हें आपकी नई विशेष के बारे में जानकारी हो।

विश 1 — WISH 1

वह व्यक्ति, जिससे मैं चाहता हूँ कि मेरे लिए स्वास्थ्य परिचर्या निर्णय ले जब मैं उन्हें स्वयं के लिए नहीं ले सकता/सकती।

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

यदि मैं अब अपने स्वास्थ्य परिचर्या निर्णय लेने में समर्थ नहीं हूँ, इस फॉर्म पर उस व्यक्ति का नाम दर्ज है जिसे मैंने मेरे लिए निर्णय करने के लिए चुना है। यह व्यक्ति मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट (अथवा दूसरी शब्दावली जो मेरी स्थिति में प्रयोग की जा सकती है, जैसे एवजी, प्रतिनिधि, या सहायक) होगा। यह व्यक्ति मेरी स्वास्थ्य परिचर्या का चुनाव करेगा यदि ये दोनों चीजें होती हैं:

- मुझे देखने या उपचार करने वाला डॉक्टर पाता है कि मैं अब स्वास्थ्य परिचर्या चुनाव करने में असमर्थ हूँ और
- दूसरे स्वास्थ्य परिचर्या पेशेवर सहमति जताते हैं कि यह सही है।

यदि मेरी दशा जानने का तरीका भिन्न होता है कि मैं स्वास्थ्य परिचर्या चुनाव करने में असमर्थ हूँ, तब मेरी दशा के तरीके का अनुसरण किया जाना चाहिए।

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND
- Another health care professional agrees that this is true.

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में सही व्यक्ति चुनना

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

उस व्यक्ति को चुनें जो आपको अच्छी तरह जानता है, आपकी परवाह करता है और जो मुश्किल निर्णय ले सके। पति/पत्नी या पारिवारिक सदस्य सर्वोत्तम चुनाव नहीं भी हो सकता क्योंकि वे भावनात्मक रूप से जुड़े होते हैं। कभी-कभी वे सर्वोत्तम चुनाव होते हैं। आप बेहतर जान सकते हैं। कोई ऐसा व्यक्ति चुनें जो आपके लिए खड़ा हो सके ताकि आपकी इच्छाओं का पालन किया जा सके। साथ ही ऐसा व्यक्ति चुनें जिसके निकट रहने की संभावना हो ताकि वह मदद कर सके जब आपको उसकी जरूरत हो। चाहे आप पति/पत्नी, परिवार के सदस्य अथवा मित्र को अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में चुनते हैं, इन इच्छाओं के बारे में बात करना सुनिश्चित कर लें और सुनिश्चित हो जाएं कि यह व्यक्ति आपकी इच्छाओं का आदर और पालन करने के लिए सहमत है। आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट कम से कम 18 वर्ष या अधिक (कोलोरेडो में 21 वर्ष या अधिक) होना चाहिए और नहीं होना चाहिए:

- आपकी सेवा कर रहे किसी स्वास्थ्य अथवा आवासीय या सामुदायिक परिचर्या सुविधा केंद्र के मालिक अथवा संचालक सहित आपका स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता।
- आपके स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता का कर्मचारी या किसी कर्मचारी। की पत्नी/पति।
- 10 या अधिक लोगों के एजेंट अथवा एवजी के रूप में सेवा कर रहा व्यक्ति जब तक कि वह आपका पति/पत्नी अथवा नजदीकी रिश्तेदार न हो।

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they are the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

व्यक्ति जिसे मैंने अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में चुना है, वह है: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

पहला चुना गया नाम *First Choice Name*

फोन *Phone*

पता *Address*

शहर/राज्य/जिप *City/State/Zip*

यदि यह व्यक्ति मेरे लिए चुनाव करने में असमर्थ या अनिच्छुक है, अथवा तलाक हो जाता है या कानूनी रूप से मुझसे अलग हो जाता/जाती है, अथवा यह व्यक्ति मर जाता/जाती है, तो ये व्यक्ति मेरे अगले चुनाव हैं:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

दूसरा चुना गया नाम *Second Choice Name*

तीसरा चुना गया नाम *Third Choice Name*

पता *Address*

पता *Address*

शहर/राज्य/जिप *City/State/Zip*

शहर/राज्य/जिप *City/State/Zip*

फोन *Phone*

फोन *Phone*

यदि मैं स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट रखने के बारे में अपने विचार बदलना हूँ, मैं

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- फाइव विशेष फॉर्म के इस हिस्से की सभी प्रतियों को नष्ट कर दूंगा। *अथवा*
- किसी एक से बताएं, जैसाकि मेरे डॉक्टर या परिवार, कि मैं अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट को निरस्त या बदलना चाहता हूँ। *अथवा*

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*

- प्रत्येक एजेंट का जिसका अधिकार मैं निरस्त करना चाहता हूँ के नाम के चारों ओर बड़े अक्षरों में "Revoked" (रद्द) लिखें। उस पेज पर मेरा नाम अंकित करें।

- Write the word "Revoked" in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

मैं समझता हूँ कि मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरे लिए स्वास्थ्य परिचर्या निर्णय करे। मैं चाहता हूँ कि मेरा एजेंट निम्नलिखित को करने में समर्थ हो: (कृपया वह काट दें जो आप अपने एजेंट से नहीं कराना चाहते जो नीचे सूचीबद्ध है।)

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> मेरी चिकित्सीय परिचर्या या सेवाओं जैसे जांच, दवाई या सर्जरी के बारे में मेरे लिए चुने। यह परिचर्या या सेवा का चुनाव मेरी स्वास्थ्य समस्या क्या है अथवा इसका उपचार कैसे हो, जाना जा सकेगा। इसमें मुझे जीवित रखने की परिचर्या भी शामिल हो सकती है। यदि चिकित्सा अथवा परिचर्या पहले ही शुरू हो गई है, मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट इसे जारी रख या रोक सकता हो। | <ul style="list-style-type: none"> Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none"> कोई निर्देश जो मैंने इस फार्म में या अन्य चर्चाओं में दिए हैं, मेरी इच्छाओं और मूल्यों के बारे में मेरे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट की समझ के अनुसार व्याख्या कर सकता हो। | <ul style="list-style-type: none"> Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none"> मेरे लिए सहायता प्रदत्त सुविधा, अस्पताल, सेवागृह या नर्सिंग होम में भर्ती होने की सहमति। मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरी सहायता या परिचर्या के लिए किसी जरूरी स्वास्थ्य परिचर्या कर्मचारी को किराये पर ले सकता है। मेरा एजेंट, यदि जरूरत हो तो स्वास्थ्य परिचर्या कर्मचारी को हटा भी सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none"> मुझे जीवित रखने के लिए कृत्रिम रूप से भोजन और पानी और कोई अन्य इलाज उपलब्ध कराने सहित अनुरोध, हटाने और चिकित्सीय इलाज का निर्णय ले सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none"> मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड और व्यक्तिगत फाइलें देख और स्वीकृति दे सकता है। यदि मुझे इन फाइलों में से किसी के लिए मेरे हस्ताक्षर की जरूरत पड़ती है तो मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरी ओर से हस्ताक्षर कर सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none"> मेरी जरूरत की परिचर्या या मेरी इच्छाओं की पूर्ति के लिए मुझे दूसरे राज्य में ले जा सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> दर्द में मदद के लिए जरूरी किसी इलाज अथवा प्रक्रिया की अहिकृति के लिए मंजूरी दे अथवा मना कर सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none"> मेरी इच्छाओं की पूर्ति के लिए कोई जरूरी कानूनी कार्यवाही कर सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> कानून द्वारा अनुमत मेरे अनुपयोगी अंग या ऊतक दान कर सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none"> मेरे लिए मेडीकेयर, मेडीकेड या किसी अन्य प्रोग्राम या बीमा लाभों के लिए आवेदन कर सकता है। मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट इन फार्मों को भरने के लिए जरूरी तथ्य खोजने के लिए मेरी व्यक्तिगत फाइलें जैसे बैंक रिकॉर्ड, देख सकता है। | <ul style="list-style-type: none"> Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none"> मेरे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के अधिकारों में परिवर्तन, बढ़ोतरी अथवा सीमाएं नीचे सूचीबद्ध हैं। | <ul style="list-style-type: none"> Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

विश 2 — WISH 2

चिकित्सीय इलाज के लिए मेरी इच्छा जिसे मैं लेना चाहता हूँ अथवा नहीं।

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

मेरा विश्वास है कि मेरा जीवन बहुमूल्य है और मैं सम्मान के साथ इलाज का अधिकारी हूँ। जब ऐसा समय आता है कि मैं बहुत अधिक बीमार होता हूँ या मैं स्वतः बोलने में असमर्थ हूँ तो मेरी निम्नलिखित इच्छाएं होंगी, और मेरे द्वारा मेरे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट को दिए गए कोई अन्य निर्देश, का आदर और पालन किया जाना चाहिए।

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

मेरी देखभाल करने वाले के रूप में आपके दिमाग में क्या होना चाहिए

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- मैं किसी प्रकार का दुख झेलना नहीं चाहता। मेरी इच्छा है कि मेरा डॉक्टर मेरे दर्द के आराम के लिए मुझे उचित दवाई दे, इसका अर्थ है कि नींद लाने वाली या अधिक नींद जितना हो सके लूंगा।
- मैं मेरे डॉक्टर अथवा नर्स मेरा जीवन लेने के भावना से किसी भी चीज का किये जाना या मिटाया जाना नहीं चाहता हूँ।
- मैं साफ सुथरा और गर्म भोजन और तरल मुंह से लिए जाने का पसंद करता हूँ।

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

आपातकालीन दशा में In Case Of An Emergency

यदि आपको आपातकालीन चिकित्सा और व्यक्तिगत रूप से एम्बुलेंस आने, की जरूरत हो, यदि आपकी न जीने की अवस्था में या ब्रेसलेट की जरूरत हो तो वे मंगा सकते हैं। बहुत से राज्यों में डॉक्टर द्वारा भरे हुए न जीने की अवस्था के लिए एक व्यक्ति की जरूरत होती है। यह फार्म एम्बुलेंस कर्मचारी को जानकारी मिलती है कि आप जीवन सहायक इलाज का प्रयोग नहीं करना चाहते जब आप मर रहे होते हैं। कृपया अपने डॉक्टर से न जीने की अवस्था फार्म भरवा कर जांच करवा लें।

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

मेरे लिए “जीवन सहायक इलाज” का क्या अर्थ है

जीवन सहायक इलाज का अर्थ किसी चिकित्सीय पद्धति, उपकरण अथवा इलाज मुझे जीवित रखने के लिए है। जीवन सहायक इलाज में सम्मिलित हैं: मुझे सांस लेने के लिए मेरे अंदर चिकित्सीय उपकरणों का लगाना; चिकित्सीय उपकरण (खाना खिलाने वाली नली) से भोजन और पानी देना; हृदय संबंधी पुनः जीवन (सीपीआर); मुख्य सर्जरी; रक्त रक्ताधान; रक्तशोधन एंटीबायोटिक; और मुझे जीवित रखने के लिए कोई अन्य चीज। जीवन सहायक इलाज का अर्थ मेरे धार्मिक और व्यक्तिगत विश्वासों के कारण यदि मैं सीमित करना चाहूँ तो मैं नीचे दिए गए स्थान में इस सीमा को नीचे दिए गए स्थान में लिखूँगा। मैं किन दशाओं के अंतर्गत क्या लेना चाहता हूँ मैंने इसे बिल्कुल स्पष्ट कर दिया है।

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

यहां चिकित्सीय इलाज का प्रकार है जो मैं चार स्थितियों में चाहता अथवा नहीं चाहता हूँ नीचे सूचीबद्ध हैं। मैं चाहता हूँ कि मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट, मेरा परिवार, मेरे डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता, मेरे मित्र और अन्य सभी ये निर्देश जानें।

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

मौत के करीब:

यदि मेरा डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या पेशेवर दोनों यह निर्णय लेते हैं कि मैं शीघ्र ही मरने वाला हूँ और जीवन सहायक इलाज से केवल मेरी मौत में देरी होगी (निम्नलिखित में से एक को चुनें):

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

- मैं जीवन सहायक इलाज लेना चाहता हूँ।

I want to have life-support treatment.

- मैं जीवन सहायक इलाज नहीं लेना चाहता। यदि यह शुरू कर दिया गया है तो मैं इसे रोकना चाहता हूँ।

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- मैं जीवन सहायक इलाज लेना चाहता हूँ यदि मेरे डॉक्टर को भरोसा है कि यह मेरी मदद कर सकता है। परंतु यदि यह मेरी स्वास्थ्य दशा या लक्षणों में सहायक नहीं है तो मैं चाहूँगा कि मेरा डॉक्टर मुझे जीवन सहायक इलाज देना रोक दे।

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

कोमा और उठना या पुनरुज्जीवित होने की आशा में:

यदि मेरा डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या पेशेवर दोनो यह निर्णय लेते हैं कि मैं कोमा में हूँ जिससे मेरे उठने या पुनरुज्जीवित होने की आशा नहीं है और मेरा मस्तिष्क क्षतिग्रस्त हो गया है और जीवन सहायक इलाज से मेरी मौत में केवल देरी होगी (निम्नलिखित में से एक चुनें):

- मैं जीवन सहायक इलाज लेना चाहता हूँ।
I want to have life-support treatment.
- मैं जीवन सहायक इलाज नहीं लेना चाहता। यदि यह शुरू कर दिया गया है, मैं इसे रोकना चाहता हूँ।
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- मैं जीवन सहायक इलाज लेना चाहता हूँ यदि मेरे डॉक्टर को भरोसा है कि यह मदद कर सकता है। परंतु यदि यह मेरी स्वास्थ्य दशा या लक्षणों में सहायक नहीं है, मैं चाहूंगा कि मेरा डॉक्टर मुझे जीवन सहायक इलाज देना रोक दे।
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

स्थायी अथवा गंभीर मस्तिष्क क्षति और पुनरुज्जीवित होने की आशा न होना:

यदि मेरा डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या पेशेवर दोनो यह निर्णय लेते हैं कि मुझे स्थायी और गंभीर मस्तिष्क क्षति हुई है, (उदाहरण के लिए, मैं अपनी आंखें खोल सकता हूँ लेकिन मैं बोल या समझ नहीं सकता) और मेरी स्थिति सुधरने की आशा नहीं है और जीवन सहायक इलाज से मेरी मौत में केवल देरी होगी (निम्नलिखित में से कोई एक चुनें):

- मैं जीवन सहायक इलाज लेना चाहता हूँ।
I want to have life-support treatment.
- मैं जीवन सहायक इलाज नहीं लेना चाहता। यदि यह शुरू कर दिया गया है, मैं इसे रोकना चाहता हूँ।
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- मैं जीवन सहायक इलाज लेना चाहता हूँ यदि मेरे डॉक्टर को भरोसा है कि यह मदद कर सकता है। परंतु यदि यह मेरी स्वास्थ्य दशा या लक्षणों में सहायक नहीं है, मैं चाहूंगा कि मेरा डॉक्टर मुझे जीवन सहायक इलाज देना रोक दे।
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

दूसरी स्थिति के अंतर्गत जिसमें मैं जीवित रहना पंसद नहीं करता:

यदि दूसरी स्थिति के अंतर्गत जिसमें मैं जीवन सहायक इलाज नहीं चाहता, मैंने इसका वर्णन नीचे कर रहा हूँ। इस स्थिति में, मेरा मानना है कि जीवन सहायक इलाज का खर्च और भार अत्यधिक है और इससे मुझे कोई लाभ नहीं मिलने वाला है। इसलिए, ऐसी स्थिति में, मैं जीवन सहायक इलाज नहीं चाहता। (उदाहरण के लिए, आप “अंतिम पड़ाव दशा” लिख सकते हैं। इसका यह अर्थ है कि आपका स्वास्थ्य अत्यंत खराब है। आप किसी भी ढंग से अपनी मानसिक या शारीरिक देखभाल करने में समर्थ नहीं हैं। जीवन सहायक इलाज आपके पुनरुज्जीवन में सहायक नहीं होगा। कृपया स्थान खाली छोड़ दें यदि आपके पास विवरण देने के लिए कोई अन्य दशा नहीं है।)

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

अगली श्री विशेष मेरी व्यक्तिगत, धार्मिक और भावनात्मक इच्छाओं से संबंध है। वह मेरे लिए महत्वपूर्ण हैं। मैं जीवन के अंत में सम्मान का व्यवहार चाहता हूँ इसलिए मैं लोगों से विशेष 3, 4, एवं 5 में लिखी चीजों को चाहूंगा जब उन्हें किया जा सके। मैं समझता हूँ कि मेरा परिवार, मेरा डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता, मेरे मित्र और अन्य इन सभी को करने में सक्षम नहीं होंगे या कानून के अंतर्गत इनको करना जरूरी नहीं है। मैं निम्नलिखित नई इच्छाओं को जोड़ने या मेरे डॉक्टरों, अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं पर कानूनी कर्तव्य बढ़ाने की आशा नहीं करता। मैं यह भी नहीं चाहता कि ये इच्छाएं मेरे डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य प्रदाता को कानून के अंतर्गत मेरी उचित देखभाल देने से बहाना बनाए।

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

विश 3 — WISH 3

मैं कितना आरामदायक होना चाहता हूँ, की मेरी इच्छा।

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(कृपया आप जिस बात से सहमत न हों काट दें।)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

• मैं किसी प्रकार का दर्द झेलना नहीं चाहता। मेरी इच्छा है कि मेरा डॉक्टर मेरे दर्द के आराम के लिए मुझे उचित दवाई दे, चाहे इसका अर्थ है कि नींद लाने वाली या अधिक नींद जितनी मेरे लिए जरूरी है।

• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.

• यदि मुझमें निराशा, मचली, सांस फूलना अथवा मतिभ्रम के लक्षण दिखाई दें तो मैं चाहता हूँ कि मेरी देखरेख करने वाले जो भी संभव हो सहायता कर सकें।

• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my caregivers to do whatever they can to help me.

• यदि मुझे ज्वर हो तो मैं अपने सर पर ठंडा गीला कपड़ा रखवाना चाहूँगा।

• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.

• मैं अपने होंठों और मुँह के सुखेपन से बचने के लिए उन्हे गीला रखना पसंद करूँगा।

• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.

• मैं कभी कभी गर्म पानी से नहाना चाहूँगा। मैं हर समय ताजा और साफ रखा जाना चाहूँगा।

• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.

• मैं कभी कभी जितना हो सके गर्म तेल से मालिश करवाना चाहूँगा।

• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.

• मैं मेरी मौत तक जब भी संभव हो अपना पसंदीदा संगीत चलाया जाना चाहूँगा।

• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.

• मैं अपनी व्यक्तिगत परिचर्या जैसे दाढ़ी बनाना, नाखून काटना, बाल कंघी करना और दांत साफ करना चाहूँगा जब तक वे मेरे परेशानी या पीड़ा का कारण न बनें।

• I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.

• जब मैं मौत के करीब होऊँ तो मैं धार्मिक किताबें और मेरी प्रिय कविताओं को जोर से पढ़वाना चाहूँगा।

• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.

• मैं, अपने लिए और अपने प्रियजनों के लिए चिकित्सा, भावनात्मक और आध्यात्मिक परिचर्या प्रदान करने के लिए सेवागृह परिचर्या के विकल्पों के संबंध में जानना चाहता हूँ।

• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

विश 4 — WISH 4

लोग मेरे साथ कैसे व्यवहार करें के लिए मेरी इच्छा।

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(कृपया आप जिस बात से सहमत न हों काट दें।)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- जब भी संभव हो लोग मेरे पास रहें। जब ऐसा प्रतीत हो कि मेरी मौत किसी भी क्षण हो सकती है तो कोई न कोई व्यक्ति मेरे साथ हो।
- मैं अपना हाथ पकड़वाना चाहूंगा और जब भी संभव हो मुझसे बात करे, चाहे मैं उसकी आवाज अथवा अन्य के छूने का जवाब न दूं।
- जब भी संभव हो मैं चाहूंगा कि दूसरे मेरी ओर से मेरे लिए प्रार्थना करें।
- मैं अपने धार्मिक समुदाय के लोगो से बीमार कहलाया जाना चाहूंगा और मेरे लिए प्रार्थना और मेरे पास आने के लिए कहूंगा।
- मैं दयालुता और प्रसन्नता न की अप्रसन्नता के साथ अपनी देखभाल करवानी चाहूंगा।
- मैं अपने कमरे में, अपने बिस्तर के पास अपने प्रियजनों की तस्वीरें रखवाए जाना चाहूंगा।
- यदि मैं अपनी दस्त या मूत्राशय क्रियाविधि को नियंत्रित नहीं कर पाता तो मेरे कपड़े और मेरा बिस्तर के कपड़े साफ रखे जाना चाहूंगा, और जितना जल्दी हो सके वे मेरे गंदे कपड़ों को बदल दें।
- यदि हो सके तो मैं अपने घर पर ही मरना चाहूंगा।
- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.
- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.
- I wish to have others by my side praying for me when possible.
- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.
- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.
- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.
- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.
- I want to die in my home, if that can be done.

विश 5 — WISH 5

मैं अपने प्रियजनों को क्या बताना चाहूंगा की मेरी इच्छा।

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(कृपया आप जिस बात से सहमत न हों काट दें।)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- मैं अपने परिवार और मेरे मित्रों को बताना चाहता हूँ कि मैं उन्हें कितना प्यार करता हूँ।
- मैं अपने परिवार, मित्रों और अन्य को मुझसे होने वाली परेशानी के लिए माफी चाहूंगा।
- मैं अपने परिवार, मित्रों और अन्य को बताना चाहूंगा कि उनसे मुझे हुई परेशानियों के लिए मैंने उन्हें माफ कर दिया है।
- मैं अपने परिवार, मित्रों और अन्य को बताना चाहूंगा कि मैं मौत से नहीं डरता। मैं समझता हूँ कि यह मेरी जिंदगी का अंत नहीं, बल्कि एक नई शुरुआत है।
- मैं अपने परिवार के सदस्यों से अपनी मौत से पहले एक दूसरे के साथ शांति बनाए रखना चाहूंगा, यदि ऐसा संभव हो सके।
- मैं अपने परिवार और मित्रों से मेरे बीमार होने से पहले जैसा मैं था के बारे में सोचने के लिए कहूंगा। मैं उनसे अपेक्षा करूंगा कि वे मेरी मौत के बाद मुझे याद रखें।
- मैं अपने परिवार, और मित्रों और देखभाल करने वालों से मेरी इच्छाओं का आदर करने की अपेक्षा रखूंगा चाहे वे उससे सहमत न हों।
- मैं अपने परिवार, और मित्रों से अपेक्षा करूंगा कि वह मेरे साथ प्रत्येक व्यक्ति के विकास के लिए मुझे मरते हुए देखें। यह मेरे अंतिम दिनों में अर्थपूर्ण जीवन को जीने में सहायक होगा।
- I wish to have my family and friends know that I love them.
- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.
- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.
- I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.
- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.
- I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.
- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.
- I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

• मैं अपने परिवार, और मित्रों से अपेक्षा करूंगा कि यदि मेरी मौत के समय उनको कोई कष्ट हो तो सलाह लें। और मैं चाहता हूँ कि वे मेरे जीवन की यादें उन्हें खुशी दें न कि पीड़ा।

• I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

• मेरी मौत के बाद, मैं अपने पार्थिव शरीर को (एक पर गोला बनाएं) करें: दफनाएं या अंतिम संस्कार करें।

• After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

• मेरी अथवा अस्थियों को निम्नलिखित स्थानों पर रखी जानी चाहिए।

• My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

• निम्नलिखित व्यक्ति मेरे अंतिम संस्कार संबंधी इच्छाओं से परिचित हैं:

• The following person knows my funeral wishes:

_____.

_____.

यदि कोई पुछे कि मुझे किस तरह याद किया जाए, कृपया मेरे बारे में निम्नलिखित बताएं:

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

यदि मेरे लिए यादगार सेवा की जाती है, तो मैं निम्नलिखित (आपके द्वारा की जाने वाली संगीत सूची, गाने, पाठ या अन्य प्रार्थनाएं) को अपनी इस सेवा में शामिल करना चाहूंगा:

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(कृपया किसी अन्य इच्छा के लिए नीचे दिए गए स्थान का प्रयोग करें। उदाहरण के लिए, आप अपने शरीर का कोई भाग या सारे भागों को मरते समय दान करना चाहें, कर सकते हैं। यदि आपको अधिक जगह की जरूरत हो तो कृपया पेपर की अतिरिक्त शीट जोड़ें।)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

फाइव विशेष फार्म पर हस्ताक्षर करना

कृपया सुनिश्चित कर लें कि आपने अपने फाइव विशेष फार्म पर दो गवाहों की उपस्थिति में हस्ताक्षर करें।

मैं, _____, पूछें कि मेरा परिवार से, मेरे डॉक्टर, और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता, मेरे मित्र, और सभी अन्य, ने मेरे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट (यदि मेरा एक हो अथवा वह मौजूद हो) वार्तालाप के रूप में मेरी इच्छाओं का पालन करें, या जैसा इस फार्म में व्यक्त किया गया है। जब मैं स्वयः कोई निर्णय लेने और बोलने में असमर्थ होता हूँ तो यह फार्म वैध हो जाता है। यदि इस फार्म के किसी भाग का कानूनी रूप से अनुपालन नहीं किया जा सकता है, मैं पूछूंगा कि इस फार्म अन्य भागों का अनुसरण किया जाना चाहिए। मेरे द्वारा पहले किए गए कोई स्वास्थ्य परिचर्या प्रगति निर्देश भी रद्द कर सकता हूँ।

हस्ताक्षर: *Signature:* _____

पता: *Address:* _____

फोन: *Phone:* _____ दिनांक: *Date:* _____

गवाहों के बयान . (2 गवाह जरूरी):

मैं, गवाह, घोषणा करता हूँ कि व्यक्ति जिसने हस्ताक्षर किए हैं या इस फार्म की स्वीकृति (इसके बाद "व्यक्ति") दी है, व्यक्तिगत रूप से मुझे जानता है कि उसने हस्ताक्षरित या इस स्वीकृति [स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट और/या जीवित रहते वसीयत फार्म (s)], मेरी उपस्थिति में, और कि उसने गंभीरता से सोचते हुए बिना किसी बाध्यता, धोखा, या अनुचित दबाव में प्रतीत नहीं होता।

मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं उम्र 18 वर्ष से अधिक है अथवा नहीं:

- व्यक्ति को इस दस्तावेज के अनुसार या उसके उत्तराधिकारी के (एजेंट/एवजी/सहायक/मरीज/वकील/प्रतिनिधि) के रूप में नियुक्त किया गया है,
- व्यक्ति के स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता, मालिक सहित अथवा स्वास्थ्य परिचालक, दीर्घावधि परिचर्या, या अन्य आवासीय या सामुदायिक परिचर्या सुविधा व्यक्ति की सेवा कर रहे हैं,
- व्यक्ति के स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता का कर्मचारी,
- व्यक्ति की स्वास्थ्य परिचर्या के लिए आर्थिक रूप से जिम्मेदारी,
- व्यक्ति के लिए जीवन अथवा स्वास्थ्य बीमा प्रदाता कर्मचारी,
- रक्त, विवाह अथवा गोद लेने से संबंधित व्यक्ति और
- मेरी जानकारी में अच्छी तरह से, एक ऋणि व्यक्ति अथवा किसी वसीयत या क्रोडपत्र के कानूनी परिचालन के अंतर्गत उसके किसी हिस्से का शीर्षक।

(गवाह कौन हो सकता है के बारे में कुछ राज्यों के कुछ नियम हो सकते हैं। जब तक आप अपने राज्य के नियम नहीं जानते, कृपया उपरोक्त का पालन करें।)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Witness Statement . (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter "person") is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person's health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person's health care provider,
- Financially responsible for the person's health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state's rules, please follow the above.)

गवाह #1 के हस्ताक्षर *Signature of Witness #1*

गवाह का प्रिंट नाम *Printed Name of Witness*

पता *Address*

फोन *Phone*

गवाह #2 के हस्ताक्षर *Signature of Witness #2*

गवाह का प्रिंट नाम *Printed Name of Witness*

पता *Address*

फोन *Phone*

प्रमाणन. Notarization.

केवल मिसोरी, नार्थ केरोलिना, साउथ केरोलिना और वेस्ट वर्जिनिया के निवासियों के लिए जरूरी
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- यदि आप मिसोरी में रहते हैं, केवल आपके हस्ताक्षर प्रमाणित होने चाहिए।
- यदि आप नार्थ केरोलिना, साउथ केरोलिना या वेस्ट वर्जिनिया में रहते हैं, आपको अपने हस्ताक्षर और गवाहों के हस्ताक्षर प्रमाणित कराने चाहिए।
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this ____ day of _____, 20____, the said _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

विस्कॉंसिन के निवासियों को फाइव विशेष के संबंध में विस्कॉंसिन नोटिस विवरण संलग्न करना जरूरी है।

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

अधिक सूचना और नोटिस विवरण www.agingwithdignity.org पर उपलब्ध है।

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

कैलिफोर्निया, कनेटिकट डेलावेयर, जॉर्जिया, न्यूयार्क, नॉर्थ डेकोटा, साउथ केरोलिना और वर्मॉन्ट संस्थानों के निवासियों को विशेष गवाही संबंधी नियमों का पालन करना जरूरी है।

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

यदि आप निश्चित प्रतिष्ठानों में (नर्सिंग होम, अन्य लाइसेंसधारी दीर्घावधि परिचर्या सुविधा, मानसिक रूप से मंदबुद्धि या मानसिक रूप से अयोग्य का विकास या मानसिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठान) नीचे दिए गए राज्यों में से एक में रहते हैं, आपकी फाइव विशेष को वैध बनाने के लिए आप निम्नलिखित विशिष्ट "गवाही जरूरतें" का पालन कर सकते हैं। अधिक जानकारी के लिए, कृपया अपने प्रतिष्ठान के कार्यकर्ता अथवा मरीजों के वकील से संपर्क करें।

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special "witnessing requirements" for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

आपके द्वारा पूरे किए गई फाइव विशेष के बाद क्या करना है

- इस दिशा में केवल इस फार्म में कहे गए आपके हस्ताक्षर और गवाह सुनिश्चित कर लें। तब आपकी फाइव विशेष कानूनी और वैध होंगी।
- अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट, पारिवारिक सदस्य और अन्य जो आपकी देखभाल करते हैं। अपनी पूरी की गई फाइव विशेष की प्रतियां उन्हें दे दें।
- अपनी हस्ताक्षर की गई मूल प्रति अपने घर में विशेष स्थान पर रखें। इसे सुरक्षित जमा बॉक्स में न डालें इसे आसपास रखें ताकि यह किसी व्यक्ति को मिल सके जब इसकी जरूरत हो।
- मैंने निम्नलिखित व्यक्तियों को अपनी पूरी की गई फाइव विशेष की प्रतियां दे दी हैं:
- नीचे दिए गए वैलेट कार्ड को भरे। इसे अपने साथ रखें। इस तरीके से कि व्यक्ति जान सकें कि आपने फाइव विशेष को कहां रखा है।
- अपनी अगली कार्यालय मुलाकात के दौरान अपने डॉक्टर से बात करें। अपने डॉक्टर को अपनी फाइव विशेष की कॉपी दें। सुनिश्चित करें कि इसे आपके चिकित्सीय रिकॉर्डों में रखा गया है। सुनिश्चित करें कि आपने डॉक्टर ने आपकी विशेष को समझ लिया है और उनका पालन करने के लिए तैयार है। उससे दूसरे डॉक्टरों को बताने के लिए कहें जो उनके सम्मान के लिए आपका इलाज करते हैं।
- यदि आपको अस्पताल अथवा नर्सिंग होम में भर्ती कराया गया है, अपने साथ फाइव विशेष की प्रति ले जाएं। उनसे इसे आपके चिकित्सीय रिकॉर्ड में रखने के लिए बोलें।
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

फाइव विशेष का अर्थ आपके भविष्य की योजना की सहायता करना है। इसका अर्थ आपको कानूनी सलाह देना नहीं है। इसका अर्थ यह नहीं है कि आपके सामने आने वाले किसी भी बारे में सभी प्रश्नों का जवाब देने से नहीं है। प्रत्येक व्यक्ति व्यक्ति भिन्न है और प्रत्येक परिस्थिति भिन्न है। कानून समय-समय पर बदलता रहता है। यदि आपका कोई प्रश्न अथवा समस्या है, अपने चिकित्सीय अथवा कानूनी पेशेवर से सलाह लें।

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

फाइव विशेष वालेट कार्ड

**Important Notice to Medical Personnel:
I have a Five Wishes Advance Directive.**

चिकित्सीय कर्मचारी के लिए मुख्य नोटिस: मेरे पास फाइव विशेष अधिम डायरेक्टिव है।

Signature हस्ताक्षर

Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:

कृपया इस दस्तावेज और/अथवा मेरे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट से सलाह लें। मेरा एजेंट है:

Name नाम

Address पता

City/State/Zip शहर/राज्य/ज़िप

Phone फोन

My primary care physician is:

मेरा प्राथमिक परिचर्या चिकित्सक है:

Name नाम

Address पता

City/State/Zip शहर/राज्य/ज़िप

Phone फोन

My document is located at:

मेरा दस्तावेज रखा हुआ है:

कार्ड काटें, सुरक्षा के लिए मोड़ें और लेमिनेट कर के रखें।

यहां पर फाइव विशेष के बारे में जो लोग कह रहे हैं दिया है:

“मेरी मां का गुजरे हुए लगभग एक वर्ष हुआ होगा। हम जानते थे कि वह क्या चाहती थी क्योंकि उसकी फाइव विशेष लिविंग विल थी। जब उनकी मौत होने वाली थी, मेरे भाई और मुझे क्या करना है इस बारे में कोई प्रश्न नहीं था। हम मन से शांत थे।”

चेरी के. लांगवुड, फ्लोरिडा

“मैं जरूर कहूंगा कि मैं आपकी फाइव विशेष को पसंद करता हूँ। यह स्पष्ट है, समझने में आसान, और चिकित्सीय परिचर्या के कठोर मामलो, परंतु वास्तविक महत्व के मामलों पर मानवीय परिचर्या पर आधारित नहीं हूँ। मैंने अपने और अपने पति के लिए इसे प्रयोग किया है।”

सुसन डब्ल्यू. फ्लेगस्टाफ, अरिजोना

“मैं नहीं चाहता के मेरे बच्चे निर्णय ले जैसेकि मैंने अपनी मां के लिए निर्णय ले रहा हूँ। मैं कभी जानता था कि मानने के लिए कई चिकित्सा विकल्प थे। ऐसा समझदारी पूर्ण और देखभाल करने वाले फार्म के लिए आपका धन्यवाद। मैं इसे आसानी से भर सकता हूँ और अपने बच्चों के लिए फाइल में रख सकता हूँ।”

डायना डब्ल्यू. हनोबर, इलीनॉयस

फाइव विशेष, ऐजिंग विद डिग्निटी द्वारा लोगों को योजना बनाने में मदद और गंभीर बीमारी के मामले में उनकी जरूरत की देखभाल करने के उद्देश्य से एक गैर-लाभकारी संगठन के रूप में सृजित की गई थी। फाइव विशेष का विकास द रॉबर्ट वुड जॉनसन फाउंडेशन से प्राप्त अनुदान से संभव हुआ था।

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

1-888-594-7437

फाइव विशेष का अनुवाद निम्न की सहायता से संभव हो पाया है।

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

निम्न द्वारा प्रदत्त प्रोफेशनल ट्रांसलेशन सर्विसेज

Professional translation services provided by

Language Services Associates

फाइव विशेष ऐजिंग विथ डिग्निटी का ट्रेडमार्क है। सभी अधिकार आरक्षित हैं। ऐजिंग विथ डिग्निटी के इस पब्लिकेशन की रजामंदी में सामग्री कॉपीराइटिड है। ऐजिंग विथ डिग्निटी के इस पब्लिकेशन के पुनः उत्पादन अथवा किसी रूप में या किसी तरह से बदलना, इलेक्ट्रॉनिक अथवा मशीनी, फोटोकॉपी सहित, रिकॉडिंग या किसी सूचना के संग्रहण और सुधार पद्धति, की लिखित अनुमति के बिना नहीं कर सकते। जबकि इस दस्तावेज की रजामंदी कॉपीराइटिड है, आपको पूरी किए हुए फाइव विशेष फार्म की प्रति की फोटोकॉपी अपने चिकित्सक परिचर्या प्रदाता, स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट, पारिवारिक सदस्य अथवा दूसरे अन्य प्रियजनों को देने की अनुमति है, सभी दूसरे पुनःउत्पादन या फाइव विशेष के प्रयोग के लिए ऐजिंग विथ डिग्निटी से अनुमति लेने की जरूरत होगी। ऐजिंग विथ डिग्निटी ऑरेगन स्वास्थ्य निर्णयों के लिए विश नंबर 2 के योगदान लिखने और क्रेडिट कलाहान, चार्ल्स सबातिनो, और तेरे सेंज की सहायता के लिए धन्यवाद करना चाहती है।

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437