

استكمال إرادة المعيشة الخاصة بك والتوكيل الرسمي الطبي

Completing your living will and medical power of attorney

ستساعدك هذه الإرشادات في اتخاذ القرارات الطبية إذا لم يكن بوسعك التحدث عن نفسك. ستكون النسخة العربية مرفقة بالنسخة الإنجليزية المستوفاة والموقع عليها، والتي يطلبها الفريق الطبي لتحقيق رغباتك.

These instructions will help you make medical decisions if you cannot speak for yourself. The Arabic copy should be attached to a completed and signed English copy, which medical personnel require in order to carry out your wishes.

استكمال إرادة المعيشة

Completing Your Living Will

اطبع اسمك على أول سطر فارغ. "أرغب أنا، اسمي، من جميع من يقدمون الرعاية لي معرفة ما أريد عندما لا يكون بوسعي التحدث عن نفسي." Print your name on the first blank line. "I, MY NAME, want everyone who cares for me to know what I want when I cannot speak for myself."

القسم الأول: ما نوع جودة الحياة غير المقبول بالنسبة لك؟ متى تريد من عائلتك وأطبائك إيقاف أو سحب العلاج المُقدم لك؟ حدد المربعات التي تحدد أنك لا تريد العيش في تلك الحالة. يمكنك إضافة تعبيراتك الخاصة في السطر الفارغ أو شطب أي شيء يتضمنه النموذج ولا توافق عليه.

Section 1: What kind of quality of life is unacceptable to you? When would you want your family and doctors to stop or withdraw treatment? Check boxes indicating that you do not want to live in that condition. You may add your own words on the blank line or cross out anything on the form you do not agree with.

القسم الثاني: قد تكون هناك بعض الإجراءات التي لا ترغب فيها بأي حال من الأحوال. إذا قررت أنك لا تريد تلقي أحد العلاجات المدرجة على الإطلاق، فحدد ذلك المربع. وإذا لم تكن قد حسمت أمرك بعد، أو تريد من طبيبك تجربة هذه العلاجات، فاترك المربع فارغاً.

Section 2: There may be some procedures you would not want under any circumstances. If you have decided you would never want one of the treatments listed, check that box. If you have not decided yet, or want your doctor to try these treatments, leave the box blank.

القسم الثالث: فكّر في العبارة التالية: "عندما يدنو أجلي، من المهم... يمكنك كتابة أي رغبة لك هنا. البعض يقول، "أرغب في تلقي رعاية المرضى الذين لا يُرجى شفاؤهم. أرغب في الوفاة في المنزل. أرغب في وجود أفراد عائلتي بجواري. أرغب في حرق جثمانني عند الوفاة." يمكنك ترك هذه السطور فارغة حسب رغبتك.

Section 3: Think about the statement: "When I am near death, it is important that..." You may write anything you want here. Some say, "I want hospice care. I want to die at home. I want family near me. I want to be cremated when I die." You may leave these lines blank if you wish.

وقّع على الجانب الخلفي لهذا النموذج واطلب من شخص لا تربطك به صلة قرابة أو زواج أو تبني الشهادة على التوقيع. لا يمكن أن يكون الشاهد شخصاً مستفيداً من تركتك أو مشاركاً في تقديم الرعاية الصحية لك بشكل مباشر.

Sign this form on the reverse side and have the signature witnessed by a person who is not related to you by blood, marriage or adoption. The witness cannot be a beneficiary to your estate or be directly involved in your healthcare.

ليس من الضروري توثيق هذا النموذج في أريزونا، ولكن هناك مساحة لكاتب عدل حسب رغبتك.

It is not necessary to have this form notarized in Arizona, but there is a space for a notary if you wish.

أرفق هذا النموذج إلى جانب نموذج التوكيل الرسمي الطبي بالنسخة الإنجليزية المستوفاة والموقع عليها لهذا النموذج. ورّع نسخاً منها على أفراد عائلتك وأصدقائك المقربين وطبيبك. اصطحب نسخاً منها إلى المستشفى إذا مرضت وكنت بحاجة للعلاج.

Attach this form and your Medical Power of Attorney form to a completed and signed English version of this form. Give copies to your family, close friends and doctor. Take copies to the hospital if you become ill and need treatment.



استكمال التوكيل الرسمي الطبي
Completing Your Medical Power of Attorney

اطبع اسمك في أول سطر فارغ. أُعَيِّن أنا،—، بصفتي المسؤول الرئيسي، ...

Print your name in the first blank line. "I, MY NAME, as principal, designate..."

اطبع اسم الشخص الذي تريد اختياره ليكون وكيلك الرسمي الطبي في السطر الفارغ التالي. "اسم شخص آخر، كوكيلي في جميع شؤون..."

Print the name of the person you choose to be your Medical Power of Attorney on the next blank line. "OTHER PERSON'S NAME, as my agent for all matters..."

وَقَع إذا كنت ستمنح وكيلك سلطة إدخالك المستشفى أو إخضاعك لبرنامج علاج نفسي إذا أوصى طبيبك بذلك.

Initial if you give your agent the power to admit you to an inpatient or psychiatric program if ordered by your doctor.

وَقَع إذا كنت تريد توضيح عدم إمكانية إلغاء هذه الوثيقة إذا فقدت قواك العقلية.

Initial if you want to make it clear that this document may not be revoked if you are incapacitated.

اطبع عنوان ورقم هاتف الوكيل الرسمي الطبي الذي وقع اختيارك عليه على السطر الفارغ التالي. العنوان ورقم الهاتف

Print the address and phone number of your chosen Medical Power of Attorney on the next blank line. ADDRESS AND PHONE

يمكنك اختيار وكيل رسمي طبي بديل في حالة عدم توافر الشخص الأول أو عدم قدرته على اتخاذ القرارات بالنيابة عنك. "اسم الشخص الثاني كوكيلي..."

You may choose an alternate Medical Power of Attorney in case the first person is not available or unable to make decisions for you. "SECOND PERSON'S NAME as my agent..."

اطبع عنوان ورقم هاتف ذلك الشخص. إذا لم تختَر شخصًا بديلاً، فاترك السطور فارغة.

Print that person's ADDRESS and PHONE. If you do not choose an alternate, leave the lines blank.

وَقَع على هذا النموذج في حضور شاهد لا تربطك به صلة قرابة أو زواج أو تبني. لا يمكن أن يكون الشاهد شخصًا مستفيدًا من تركتك أو مشاركًا في تقديم الرعاية الصحية لك بشكل مباشر.

Sign this form in front of a witness who is not related to you by blood, marriage or adoption. The witness cannot be a beneficiary to your estate or be directly involved in your healthcare.

ليس من الضروري توثيق هذا النموذج في أريزونا، ولكن هناك مساحة لكاتب عدل حسب رغبتك.

It is not necessary to have this form notarized in Arizona, but there is space for a notary if you wish.

أرفق هذا النموذج إلى جانب نموذج إرادة المعيشة بالنسخة الإنجليزية المستوفاة والموقع عليها لهذا النموذج. وَرِّع نسخًا منها على أفراد عائلتك وأصدقائك المقربين وطبيبك. اصطحب نسخًا منها إلى المستشفى إذا مرضت وكنت بحاجة للعلاج.

Attach this form and your Living Will form to a completed and signed English version of this form. Give copies to your family, close friends and doctor. Take copies to the hospital if you become ill and need treatment.

توجيه الرعاية الصحية (إرادة المعيشة)
HEALTH CARE DIRECTIVE (LIVING WILL)

أريد أنا، _____، من كل شخص يقدم لي الرعاية معرفة الرعاية الصحية التي أحتاجها إذا لم يكن بإمكانني إعلام الآخرين بما أريد.

I, _____, want everyone who cares for me to know what health care I want, when I cannot let others know what I want.

القسم الأول:

SECTION 1:

أريد من طبيبي تجربة استخدام الأدوية التي قد تعيد لي جودة الحياة المقبولة. ولكن إذا أصبحت جودة حياتي غير مقبولة بالنسبة لي ولم تشهد حالتني أي تحسن (لا يمكن علاجها)، فإنني أوجه بسحب جميع العلاجات التي من شأنها إبقائي على قيد الحياة.

I want my doctor to try treatments that may get me back to an acceptable quality of life. However, if my quality of life becomes unacceptable to me and my condition will not improve (is irreversible), I direct that all treatments that extend my life be withdrawn.

تعني جودة الحياة غير المقبولة بالنسبة لي (حدد كل ما ينطبق):

A quality of life that is unacceptable to me means (check all that apply):

فقدان الوعي (الغيوبية المزمنة أو حالة السكون المستمر)

Unconscious (chronic coma or persistent vegetative state)

عدم القدرة على التعبير عن احتياجاتي

Unable to communicate my needs

عدم القدرة على التعرف على أفراد العائلة والأصدقاء

Unable to recognize family or friends

الاعتماد الكامل أو شبه الكامل على الآخرين للحصول على الرعاية

Total or near total dependence on others for care

غير ذلك:

Other: _____

حدد خيارًا واحدًا فقط:

Check only one:

حتى لو كانت جودة حياتي على النحو الموصوف أعلاه، فإنني أرغب أيضًا في العلاج بواسطة الغذاء والماء عن طريق أنبوب أو بالحقن الوريدي.

Even if I have the quality of life described above, I still wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).

إذا كانت جودة حياتي على النحو الموصوف أعلاه، فإنني لا أرغب في العلاج بواسطة الغذاء والماء عن طريق أنبوب أو بالحقن الوريدي.

If I have the quality of life described above, I do NOT wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).

(يمكنك ترك هذا القسم فارغًا.) القسم الثاني:

SECTION 2: (You may leave this section blank.)

لا يريد البعض تلقي أدوية معينة بأي حال من الأحوال، حتى لو كان ذلك سيؤدي لتعافيهم. تفقد الأدوية التالية وحدد تلك التي لا تريد تلقيها بأي حال من الأحوال:

Some people do not want certain treatments under any circumstance, even if they might recover. Check the treatments below that you do not want under any circumstances:

الإنعاش القلبي والرئوي

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

التنفس الصناعي

Ventilation (breathing machine)

أنبوب التغذية

Feeding tube

الغسيل الكلوي

Dialysis

غير ذلك:

Other: _____

القسم الثالث:

SECTION 3:

عند دنو أجلي، من المهم بالنسبة لي:

When I am near death, it is important to me that: _

(مثل رعاية المرضى الذين لا يُرجى شفاؤهم، مكان الوفاة، ترتيبات الجنازة، تفضيل حرق الجثمان أو الدفن.)

(Such as hospice care, place of death, funeral arrangements, cremation or burial preferences.)

احرص على توقيع الجانب الخلفي لهذا النموذج BE SURE TO SIGN THE REVERSE SIDE OF THIS FORM

- إذا كنت تريد فقط إعطاء توكيل رسمي للرعاية الصحية (الطبية)، فارسم علامة X كبيرة على هذه الصفحة.
- If you only want a Health Care (Medical) Power of Attorney, draw a large X through this page.
- تحدث عن هذا النموذج مع شخص تختاره لاتخاذ القرارات بالنيابة عنك، مثل طبيبك (أطباءك)، وأفراد عائلتك وأصدقائك. أعط كلاً منهم نسخة من هذا النموذج.
- Talk about this form with the person you have chosen to make decisions for you, your doctor(s), your family and friends. Give each of them a copy of this form.
- احتفظ بنسخة منه معك كلما توجهت إلى المستشفى أو في رحلة.
- Take a copy of this with you whenever you go to the hospital or on a trip.
- يجب عليك مراجعة هذا النموذج بشكل متكرر.
- You should review this form often.
- بوسعك إلغاء أو تغيير هذا النموذج في أي وقت.
- You can cancel or change this form at any time.

لمعرفة المزيد من المعلومات، اتصل بقسم قرارات الرعاية الصحية: (602) 222-2229، أو hov.org/healthcare-decisions

For more information, contact Health Care Decisions: (602) 222-2229 or hov.org/healthcare-decisions

التوكيل الرسمي للرعاية الصحية (الطبية) لدى سلطة الصحة العقلية

HEALTH CARE (MEDICAL) POWER OF ATTORNEY WITH MENTAL HEALTH AUTHORITY

من المهم اختيار شخص توكل إليه مسألة اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك عندما لا تكون قادرًا على ذلك. أخبر الشخص (الوكيل) الذي تختاره برغباتك. يحق للشخص الذي يقع اختيارك عليه اتخاذ القرارات لضمان تلبية رغباتك. إذا لم تختار أي شخص لاتخاذ القرارات بالنيابة عنك، فاكتب لا يوجد في السطر الخاص باسم الوكيل.

It is important to choose someone to make healthcare decisions for you when you cannot. **Tell the person (agent) you choose what you would want.** The person you choose has the right to make any decision to ensure that your wishes are honored. If you **do not** choose someone to make decisions for you, write **None** in the line for the agent's name.

أُعَيِّن أنا، بصفتي المسؤول الرئيسي،

كوكيلي في جميع الشؤون المتعلقة بحالتي الصحية (بما في ذلك الصحة العقلية) والتي تشمل، على سبيل المثال وليس الحصر، السلطة الكاملة يسري هذا التوكيل فور الموافقة على أو رفض جميع الإجراءات الطبية والجراحية والخاصة بالإقامة في المستشفى وشؤون الرعاية الصحية ذات الصلة. ويكون لجميع الإجراءات التي يتخذها وكيلي بموجب هذه السلطة خلال أي فترة لا أتمكن من قدرتي على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية أو الإبلاغ بها. خلالها من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية

، _____ as principal, designate

_____ as my agent for all matters relating to my health (including mental health) and including, without limitation, full power to give or refuse consent to all medical, surgical, hospital and related health care. This power of attorney is effective on my inability to make or communicate health care decisions. All of my agent's actions under this power during any period when I am unable to make or communicate health care decisions or when there is uncertainty whether I am dead or alive have the same effect on my heirs, devisees and personal representatives as if I were alive, competent and acting for myself.

_____ إنني بالتوقيع على هذا النموذج أوافق بشكل خاص على منح وكيلي السلطة لإدخالي المستشفى أو إخضاعني لبرنامج علاج نفسي كامل أو جزئي إذا أوصى طبيبي بذلك.

_____ By initialing here, I specifically consent to giving my agent the power to admit me to an inpatient or partial psychiatric hospitalization program if ordered by my physician.

_____ إن توقيعي على هذا النموذج لا يسمح بإلغاء توجيه الرعاية الصحية هذا بما في ذلك التوكيل الرسمي للرعاية الصحية العقلية إذا فقدت قواي العقلية.

_____ By initialing here, this Health Care Directive including Mental Health Care Power of Attorney may not be revoked if I am incapacitated.

طباعة عنوان ورقم هاتف الوكيل: _____

Print agent ADDRESS and PHONE: _____

إذا كان وكيلي غير مستعد أو غير قادر على الخدمة أو مواصلة الخدمة، فإنني بموجب هذا النموذج أعين: _____

كوكيلي. _____

If my agent is unwilling or unable to serve or continue to serve, I hereby appoint: _____ as my agent.

طباعة عنوان ورقم هاتف الوكيل البديل: _____

Print alternate agent ADDRESS and PHONE: _____

أنوي أن تتم معاملة وكيلي كمثل معاملتي بشأن استخدام والكشف عن معلوماتي الصحية التي تحدد هويتي أو السجلات الطبية الأخرى. وتطبق سلطة الكشف عن المعلومات هذه على أي معلومات يحكمها قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة الصادر عام 1996 (aka HIPAA)، 42 USC 1420D و 45 CFR 160-164.

I intend for my agent to be treated as I would regarding the use and disclosure of my individually identifiable health information or other medical records. This release authority applies to any information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1420D and 45 CFR 160-164.

التوقيع هنا للتوكيل الرسمي لنموذج الرعاية الصحية (الطبية) و/أو توجيه الرعاية الصحية

يُرجى الاستعانة بشخص واحد للشهادة على توقيعك على ألا تربطه بك صلة قرابة أو يستفيد منك ماليًا أو من تركتك.

التوقيع _____ التاريخ _____

الشخص الوارد اسمه أعلاه معلوم بالنسبة لي، وأعتقد أنه بكامل قواه العقلية وقد استكمل بيانات هذه الوثيقة بشكل طوعي. أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل، ولا تربطني به صلة قرابة أو زواج أو تبن، ولست الوكيل المحدد في هذه الوثيقة. أنا لست مستفيدًا حسب علمي من وصيته أو أي ملحق وصية له، ولم أرفع أي دعاوى متعلقة بتركته. لا أشارك بشكل مباشر في تقديم الرعاية الصحية له.

التاريخ _____ الشاهد _____

يمكن توثيق هذه الوثيقة بدلًا من إثباتها بالشهادة.

في هذا اليوم _____ من الشهر _____، في سنة _____، حضر أمامي شخصيًا الشخص الموقع، والمعلوم بالنسبة لي على أنه الشخص الذي استكمل بيانات هذه الوثيقة وأقر بها بكامل إرادته. وإشهادًا على ما تقدم، فقد أمهرتها بتوقيعي وبصمت عليها بخاتمي الرسمي في مقاطعة _____، في التاريخ المُبين أعلاه.

كاتب العدل _____

2229-222 (602)hov.org/healthcare، أو لمعرفة المزيد من المعلومات، اتصل بقسم قرارات الرعاية الصحية:

SIGN HERE for the Health Care (Medical) Power of Attorney and/or the Health Care Directive forms

Please ask one person to witness your signature who is not related to you or financially connected to you or your estate.

Signature _____ Date _____

The above named person is personally known to me, and I believe him/her to be of sound mind and to have completed this document voluntarily. I am at least 18 years old, not related to him/her by blood, marriage or adoption, and not an agent named in this document. I am not to my knowledge a beneficiary of his/her will or any codicil, and I have no claim against his/her estate. I am not directly involved in his/her health care.

Witness _____ Date _____

This document may be notarized instead of witnessed.

On this _____ day of _____, in the year of _____, personally appeared before me the person signing, known by me to be the person who completed this document and acknowledged it as his/her free act and deed. IN WITNESS THEREOF, I have set my hand and affixed my official seal in the County of _____, State of _____, on the date written above.

Notary Public _____

For more information, contact Health Care Decisions: (602) 222-2229 or hov.org/healthcare-decisions