

Կալիֆորնիայի առողջական խնամքի Նախօրոք հրահանգ

California Advance Health Care Directive

Այս ձևաթուղթը Ձեզ թույլ է տալիս, որ ասելիք ունենաք խիստ հիվանդ լինելու դեպքում ինչպես բուժվելու վերաբերյալ:

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



ԱՅՍ ԶԱՆԱԹՈՒՂԹՆ ՈՒՆԻ 3 ԲԱԺԻՆՆԵՐ: ԱՅՆ ԶԵՉ ԹՈՒՅԼ Է ՏԱԼԻՍ՝

This form has 3 parts. It lets you:

1-ին մաս՝ Ընտրել առողջական խնամքի գործակալի:

Part 1: Choose a health care agent.

Առողջական խնամքի գործակալը այն անձն է, որը կարող է բժշկական որոշումներ կայացնել Ձեր անունից, եթե չափազանց հիվանդ լինելով չէք կարող ինքներդ կայացնել դրանք:

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

2-րդ մաս՝ Կատարել առողջական խնամքի Ձեր սեփական ընտրանքները:

Part 2: Make your own health care choices.

Այս ձևաթուղթը Ձեզ թույլ է տալիս ընտրել Ձեր ցանկացած առողջական խնամքի տեսակը: This form lets you choose the kind of health care you want.

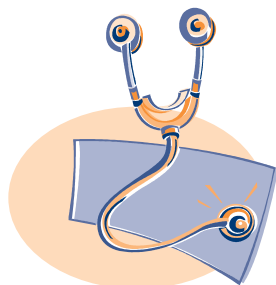
Այսպիսով, նրանք, ովքեր խնամում են Ձեզ, չեն հարկադրվի գուշակել, թե ինչ եք ուզում՝ եթե չափազանց հիվանդ լինելով ինքներդ չէք կարող ասել նրանք: This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

3-րդ մաս՝ Ստորագրել ձևաթուղթը:

Part 3: Sign the form.

Այն պետք է ստորագրվի նախքան օգտագործելի լինելը:

It must be signed before it can be used.



Կարող եք լցնել 1-ին մասը, 2-րդ մասը, կամ երկուսը միասին:

You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Լցրեք միայն Ձեր ցանկացած մասերը: Զևաթուղթը միշտ ստորագրեք 3-րդ մասում:

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

2 վկաները պետք է ստորագրեն 10-րդ էջը կամ մի հանրային նոտար՝ 11-րդ էջը:

2 witnesses need to sign on page 10 or a notary public on page 11.

ՁԵՐ ԱՆՈՒՆԸ՝ YOUR NAME: _____

Անցեք հաջորդ էջը
Go to the next page



Եթե միայն առողջական խնամքի գործակալ եք ուզում, անցեք 3-րդ էջի 1-ին մասը:

If you only want a health care agent, go to Part 1 on page E3.

Եթե ուզում եք կատարել միայն Ձեր սեփական առողջական խնամքի ընտրանքները, անցեք էջ 6-ի

2-րդ մասը:

If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

Եթե ուզում եք երկուսն էլ, ապա լցրեք 1-ին և 2-րդ մասերը:

If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

Միշտ ստորագրեք ձևաթուղթը 9-րդ էջի 3-րդ մասում:

Always sign the form in Part 3 on page E9.

2 վկաներ պետք է ստորագրեն 10-րդ էջը կամ մի հանրային նոտար՝ 11-րդ էջը:

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

Ի՞նչ պետք է անեմ ձևաթղթի հետ այն ստորագրելուց հետո:

What do I do with the form after I fill it out?

Ձևաթուղթը կիսեք Ձեզ խնամող անձանց հետ՝

Share the form with those who care for you:

- բժիշկներ doctors
- ընտանիք և ընկերներ family & friends
- բուժքույրեր nurses
- առողջական խնամքի գործակալ health care agent
- հասարակական աշխատողներ social workers



Ի՞նչ անել, եթե փոխեմ իմ միտքը

What if I change my mind?

- Նոր ձևաթուղթ լցրեք: Fill out a new form.
- Ձեզ խնամողներին ասեք Ձեր կատարած փոփոխությունների մասին: Tell those who care for you about your changes.
- Նոր ձևաթուղթը տվեք Ձեր առողջական խնամքի գործակալին և բժշկին: Give the new form to your health care agent and doctor.



Ի՞նչ անել, եթե հարցեր ունեմ ձևաթղթի վերաբերյալ

What if I have questions about the form?

- Այն տարեք Ձեր բժիշկներին, բուժքույրերին, հասարակական աշխատողներին, առողջական խնամքի գործակալին, ընտանիքին կամ ընկերներին, Ձեր հարցերին պատասխանելու համար:

Bring it to your doctors, nurses, social workers, health care agent, family or friends to answer your questions.

Ի՞նչ անել, եթե ուզում եմ կատարել առողջական խնամքի ընտրանքներ, որոնք այս ձևաթղթի վրա չեն գտնվում:

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Թերթիկի վրա գրեք Ձեր ընտրանքները: Write your choices on a piece of paper.
- Թերթիկը պահեք այս ձևաթղթի հետ: Keep the paper with this form.
- Ձեր ընտրանքները կիսեք Ձեզ խնամողների հետ: Share your choices with those who care for you.



1-ԻՆ ՄԱՍ

Ընտրեք Ձեր առողջական խնամքի գործակալին

PART 1

Choose your health care agent

Անձը, որը կարող է բժշկական որոշումներ կայացնել Ձեզ համար, եթե չափազանց հիվանդ լինելով ինքներդ չեք կարող կայացնել դրանք:

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

Ու՞մ պետք է ընտրեմ որպես իմ առողջական խնամքի գործակալ

Whom should I choose to be my health care agent?

Ընտանիքի մի անդամի կամ ընկերոջ, որը՝

A family member or friend who:

- առնվազն 18 տարեկան է
is at least 18 years old
- Ձեզ լավ է ճանաչում
knows you well
- Կարող է Ձեզ հետ լինել երբ իր կարիքն ունեք
can be there for you when you need them
- վստահում եք, որ կանի Ձեզ համար լավագույնը
you trust to do what is best for you
- Ձեր բժիշկներին կարող է ասել այս ձևաթղթի վրա Ձեր կայացրած որոշումների մասին
can tell your doctors about the decisions you made on this form



Ձեր գործակալը չի կարող Ձեր բժիշկը, Ձեր հիվանդանոցում կամ կլինիկայում աշխատող անձ լինել, բացի եթե ընտանիքի անդամ է նա:

Your agent cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

Ի՞նչ կպատահի, եթե առողջական խնամքի գործակալի չընտրեմ

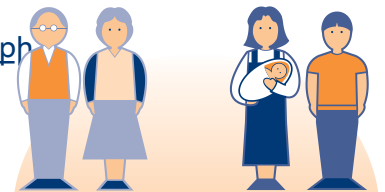
What will happen if I do not choose a health care agent?

Եթե չափազանց հիվանդ լինելով չկարողանաք Ձեր սեփական որոշումները կայացնել, Ձեր բժիշկները Ձեր ամենամոտիկ ընտանիքի անդամներից կխնդրեն որոշումներ կայացնել Ձեզ համար:

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

Եթե ուզում եք, որ Ձեր գործակալը լինի ընտանիքից տարբեր մի անձ, նրա անունը պետք է գրեք այս ձևաթղթի վրա:

If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.



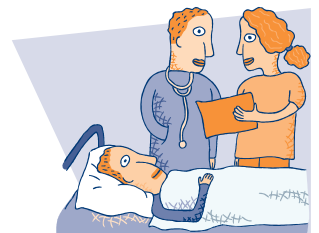
Ի՞նչ տեսակի որոշումներ կարող է կայացնել իմ առողջական խնամքի գործակալը

What kind of decisions can my health care agent make?

Չամաձայնվել, ոչ ասել, փոխել, դադարեցնել կամ ընտրել՝

Agree to, say no to, change, stop or choose:

- բժիշկներին, բուժքույրերին, հասարակական աշխատողներին
doctors, nurses, social workers
- հիվանդանոցներ կամ կլինիկաներ
hospitals or clinics
- դեղեր, ստուգումներ կամ բուժումներ
medications, tests, or treatments
- ինչ կկատարվի Ձեր մարմնի և օրգանների հետ Ձեր մահից հետո
what happens to your body and organs after you die



Ձեր գործակալը պարտավոր է հետևել առողջական խնամքի ընտրանքներին, որոնք կատարել եք 2-րդ մասում: Your agent will need to follow the health care choices you make in Part 2.

Անցեք հաջորդ էջը
Go to the next page



Ձեր գործակալի կայացրած ուրիշ որոշումներ՝

Other decisions your agent can make:

Կենսապահովման բուժումներ – բժշկական խնամք՝ փորձելու համար, որ ավելի երկար ապրեք Life support treatments – medical care to try to help you live longer

- **CPR կամ սրտաթոքային վերակենդանացում** CPR or cardiopulmonary resuscitation
սրտային = սիրտը cardio = heart
- **թոքային = թոքերը** pulmonary = lungs
- **վերակենդանացում = հետ բերել** resuscitation = to bring back



Սա կարող է ներառել՝ This may involve:

- Ձեր կրծքավանդակին ուժգին սեղմելը, որպեսզի Ձեր արյունը շարունակի արտամղվել pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- էլեկտրահարություն, Ձեր սիրտը աշխատեցնելու համար electrical shocks to jump start your heart
- դեղեր Ձեր երակներում medicines in your veins



• Ընչառական սարք կամ օդափոխիչ Breathing machine or ventilator

Սարքը օդ է մղում Ձեր թոքերին և շնչում է Ձեզ համար:

Դուք չեք կարող խոսել սարքից օգտվելիս:

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

• Դիալիզ Dialysis

Սարք, որը մաքրում է Ձեր արյունը, երբ երիկամը դադարում է գործել:

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

• Մսուցողական խողովակ Feeding tube

Ձեզ կերակրելու համար խողովակ է տեղադրվում՝ եթե չեք կարող կուլ տալ: Խողովակը տեղադրվում է Ձեր կոկորդիսի վար մինչև ստամոքսը: Կարող է նաև վիրահատությամբ տեղադրվել:

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



• Արյան փոխներարկում Blood transfusions

Ձեր երակներում արյուն մտցնելու համար To put blood in your veins.

• Վիրահատություն Surgery

• Դեղեր Medicines

ԿՅԱՆՔԻ ԱՎԱՐՏԻ ԽՆԱՄՔ – Եթե շուտով մահանալու եք, Ձեր առողջական խնամքի գործակալը կարող է՝ End of life care – if you might die soon your health care agent can:

- հոգևոր առաջնորդ կանչել call in a spiritual leader
- որոշել, թե տա՞նք, թե՞ հիվանդանոցում մահանաք decide if you die at home or in the hospital



Ձեր առողջական խնամքի գործակալին ցույց տվեք այս ձևաթուղթը: Ձեր գործակալին ասեք, թե ինչ տեսակի բժշկական խնամք եք ուզում:
Show your health care agent this form. Tell your agent what kind of medical care you want.



Ձեր առողջական ինսամբի գործակալը



Your Health Care Agent

ՈՒԻՉՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԱՅՍ ԱՆՁԸ ԿԱՅԱՑՆԻ ԻՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԸ:

I want this person to make my medical decisions.

անուն (first name)

ազգանուն (last name)

փողոցի հասցե (street address)

քաղաք (city)

նահանգ (state)

փոստային թվանիշ (zip code)

() -

() -

տան հեռախոսահամար

աշխատանքի հեռախոսահամար

(home phone number)

(work phone number)

Եթե ԱՌԱՋԻՆ ԱՆՁԸ ՉԻ ԿԱՐՈՂ ԱՆԵԼ ԴԱ, ԱՊԱ ՈՒՉՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԱՅՍ ԱՆՁԸ ԿԱՅԱՑՆԻ ԻՄ

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԸ: If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

անուն (first name)

ազգանուն (last name)

փողոցի հասցե (street address)

քաղաք (city)

նահանգ (state)

փոստային թվանիշ (zip code)

() -

() -

տան հեռախոսահամար

աշխատանքի հեռախոսահամար

(home phone number)

(work phone number)

X նշանն արեք այն նախադասության դիմաց, որին համաձայն եք:

Put an X next to the sentence you agree with.

Իմ առողջական ինսամբի գործակալը կարող է ինձ համար որոշումներ կայացնել այս ձևաթուղթն ստորագրելուցս անմիջապես հետո: My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.

Իմ առողջական ինսամբի գործակալը կարող է ինձ համար որոշումներ կայացնել միայն այն բանից հետո, երբ չեմ կարող իմ սեփական որոշումները կայացնել: My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

Այս ձևաթղթի վրա կարող եք գրել Ձեր առողջական ինսամբի ընտրանքները: Ինչպե՞ս եք ուզում, որ Ձեր առողջական ինսամբի գործակալը հետևի այս ընտրանքներին: X նշանն արեք այն մեկ նախադասության դիմաց, որին ամենից շատ եք համաձայն: You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with.

Ես ուզում եմ, որ իմ առողջական ինսամբի գործակալն աշխատի իմ բժիշկների հետ և օգտագործի իր լավագույն դատողությունը: Համաձայն եմ, որ իմ գործակալը հետևի այս ձևաթղթի առողջական ինսամբի իմ ընտրանքներին որպես **ընդհանուր ուղեցույց**: I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a **general guide**.

Չնայած համաձայն եմ, որ նա հետևի իմ ընտրանքներին որպես ընդհանուր ուղեցույց, կան մի շարք ընտրանքներ, որոնք չեմ ուզում, որ փոխվեն: Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed:

Ես ուզում եմ, որ իմ առողջական ինսամբի գործակալն այս ձևաթղթի իմ առողջական ինսամբի ընտրանքներին հետևի **նույնությամբ**: Ես երբեք չեմ ուզում, որ իմ գործակալը փոխի իմ ընտրանքները, նույնիսկ եթե բժիշկը մտածում է, որ դա լավ չէ ինձ համար: I want my health care agent to follow my health care choices on this form **exactly**. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

Ձեր սեփական առողջական ինսամբի ընտրանքները կատարելու համար անցեք

To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

հաջորդ էջի 2-րդ մասը:

Այս ձևաթուղթն ստորագրելու համար անցեք

To sign this form, go to Part 3 on page 9.

9-րդ էջի 3-րդ մասը:

2-րդ ՄԱՍ Կատարեք Ձեր սեփական առողջական խնամքի ընտրանքները

PART 2

Make your own health care choices

Գրեք Ձեր ընտրանքները, որպեսզի Ձեզ խնամողները չհարկադրվեն գուշակել:

Write down your choices so those who care for you will not have to guess.

Մտածեք թե ինչ բան Ձեր կյանքը կդարձնի ապրելու արժանի:

Think about what makes your life worth living.

Իմ կյանքն արժի ապրել միայն եթե կարող եմ՝

My life is only worth living if I can:

X նշանը դրեք բոլոր այն նախադասությունների դիմաց, որոնց ամենից շատ եք համաձայն:

Put an X next to all the sentences you agree with.

- խոսել իմ ընտանիքի կամ ընկերների հետ talk to family or friends
- գարթնել մահաքնից wake up from a coma
- սնվել, լոգանք ընդունել և ինքս ինձ խնամել feed, bathe, or take care of myself
- ցավից ձերբազատ լինել be free from pain
- ապրել առանց սարքերի միացված լինելու live without being hooked up to machines
- հաստատ չգիտեմ I am not sure



կամ
or

Իմ կյանքը միշտ արժի ապրել ինչքան էլ որ հիվանդ լինեմ

My life is always worth living no matter how sick I am

Եթե մահանում եմ, ինձ համար կարևոր է, որ լինեմ՝

If I am dying, it is important for me to be:

- տանը at home
- հիվանդանոցում in the hospital
- հաստատ չգիտեմ I am not sure

Կրոնը կամ հոգևոր ոլորտը կարևոր է Ձեզ համար

Is religion or spirituality important to you?

- ոչ no
 - այո yes
- Ի՞նչ կրոնի եք պատկանում, եթե պատկանում եք
If you have one, what is your religion? _____

Ձեր բժիշկներն ի՞նչ պետք է իմանան Ձեր կրոնի կամ հոգևոր ոլորտի մասին

What should your doctors know about your religion or spirituality?

Եթե հիվանդ եք, Ձեր բժիշկներն ու բուժքույրերը միշտ կփորձեն Ձեզ հանգիստ և ցավից ձերբազատ պահել:

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



Կենսապահովման բուժումները օգտագործվում են Ձեզ կենդանի պահել փորձելու համար: Սրանք կարող են լինել CPR, շնչառական սարք, սնուցողական խողովակներ, դիալիզ, արյան փոխներարկումներ կամ դեղեր: Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

X նշանը դրեք այն մեկ ընտրանքի դիմաց, որին ամենից շատ եք համաձայն:
Put an X next to the one choice you most agree with.

Ինդրում եմք այս էջը լրիվ ընթերցել Ձեր ընտրանքը կատարելուց առաջ:
Please read this whole page before you make your choice.

Եթե այնքան հիվանդ եմ, որ շուտով մահանալու եմ՝
If I am so sick that I may die soon:



Փորձեք բոլոր կենսապահովման բուժումները, որոնք իմ բժշկի կարծիքով կարող են օգտակար լինել:
Try all life support treatments that my doctors think might help.

Եթե բուժումները արդյունք չեն տալիս և լավանալու հույսը փոքր է, ես ուզում եմ մնալ կենսապահովման մեքենաներին միացած:
If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

կամ
or

Փորձեք բոլոր կենսապահովման բուժումները, որոնք իմ բժշկի կարծիքով կարող են օգտակար լինել:
Try all life support treatments that my doctors think might help.

Եթե բուժումները արդյունք չեն տալիս և լավանալու հույսը փոքր է, ես չեմ ուզում մնալ կենսապահովման մեքենաներին միացած:
If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I do not want to stay on life support machines.

կամ
or

Փորձեք բոլոր կենսապահովման բուժումները, որոնք իմ բժշկի կարծիքով կարող են օգտակար լինել, **բայց ոչ** այս բուժումները: Նշեք ինչ որ չեք ուզում:
Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments. Mark what you do not want.

- RPC** CPR
- դիալիզ** dialysis
- շնչառական սարք** breathing machine
- ուրիշ բուժումներ** _____
other treatments
- սնուցողական խողովակ** feeding tube
- արյան փոխներարկում** blood transfusion
- դեղ** medicine

կամ
or

Ես չեմ ուզում որևէ կենսապահովման բուժում:
I do not want any life support treatments.

կամ
or

Ուզում եմ, որ իմ առողջական խնամքի գործակալը որոշի ինձ համար:
I want my health care agent to decide for me.

կամ
or

Չաստատ չգիտեմ:
I am not sure.



**Ձեր բժիշկները թերևս հարց տան օրգանի նվիրատվության և դիախերձման մասին Ձեր
մահից հետո: Խնդրում ենք մեզ ասել Ձեր ցանկությունները:** Your doctors may ask about organ donation and
autopsy after you die. Please tell us your wishes.

X նշանը դրեք այն մեկ ընտրանքի դիմաց, որին ամենից շատ եք համաձայն:
Put an X next to the one choice you most agree with.

Ձեր օրգանները նվիրելը (տալը) կարող է կյանքեր փրկել:

Donating (giving) your organs can help save lives.

Ես ուզում եմ իմ օրգանները նվիրել:
I want to donate my organs.

Ո՞ր օրգաններն եք ուզում նվիրել:
Which organs do you want to donate?

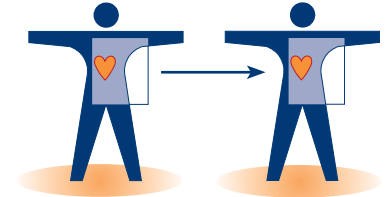
որևէ օրգան any organ

միայն only _____

Ես չեմ ուզում իմ օրգանները նվիրել:
I do not want to donate my organs.

Ուզում եմ, որ իմ առողջական խնամքի գործակալը որոշի:
I want my health care agent to decide.

Հաստատ չգիտեմ:
I am not sure.



**Դիախերձումը կարող է կատարվել մահանալուց հետո, պարզելու համար,
թե անձն ինչու է մահացել:** An autopsy can be done after death to find out why someone died.

Վիրահատությամբ է կատարվում այն: Կարող է մի քանի օր տևել:
It is done by surgery. It can take a few days.

Ես դիախերձում եմ ուզում:
I want an autopsy.

Ես դիախերձում չեմ ուզում:
I do not want an autopsy.

**Ես դիախերձում եմ ուզում, եթե հարցեր կան
իմ մահվան վերաբերյալ:**
I want an autopsy if there are questions about my death.

Ուզում եմ, որ իմ առողջական խնամքի գործակալը որոշի:
I want my health care agent to decide.

Հաստատ չգիտեմ:
I am not sure.



**Ձեր բժիշկներն ի՞նչ պետք է իմանան այն մասին, թե ինչպես եք ուզում,
որ Ձեր մարմնի հետ վարվեն Ձեր մահից հետո:**

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



Յ-ՐԴ ՄԱՍ Զևաթուղթն ստորագրեք

PART 3

Sign the form



Նախքան որ այս ձևաթուղթն օգտագործելի դառնա, Դուք պարտավոր եք՝

Before this form can be used, you must:

- այս ձևաթուղթն ստորագրել sign this form
- երկու վկաների ստորագրել տալ ձևաթուղթը have two witnesses sign the form

Եթե վկաներ չունեք, մի հանրային նոտար պետք է ստորագրի 11-րդ էջը:

Հանրային նոտարի գործն այն է, որ երաշխավորի ձևաթղթի Ձեր կողմից ստորագրված լինելը:

If you do not have witnesses, a notary public must sign on page 11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

Ստորագրեք Ձեր անունն ու գրեք ամսաթիվը: Sign your name and write the date

ստորագրեք Ձեր անունը (sign your name)

ամսաթիվ (date)

տպատառով գրեք Ձեր անունը (print your first name)

տպատառով գրեք Ձեր ազգանունը (print your last name)

հասցե (street address)

քաղաք (city)

նահանգ (state)

փոստային թվանիշ (zip code)

Ձեր վկաները պետք է՝ Your witnesses must:

- 18 տարեկանից մեծ լինեն be over 18 years of age
- Ձեզ ճանաչեն know you
- տեսնեն Ձեր կողմից այս ձևաթղթի ստորագրվելը see you sign this form



Ձեր վկաները չեն կարող՝ Your witnesses cannot:

- լինել Ձեր առողջական խնամքի գործակալը be your health care agent
- լինել Ձեր առողջական խնամքի մատակարարը be your health care provider
- աշխատել Ձեր առողջական խնամքի մատակարարի համար work for your health care provider
- աշխատել Ձեր բնակած վայրում (եթե բուժարանում եք բնակվում, անցեք էջ 12) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 12)

Նույնպես, մեկ վկան չի կարող՝ Also, one witness cannot:

- որևէ ճանապարհով բարեկամ լինել Ձեզ be related to you in any way
- նյութապես նպաստավորվել (ստանալ որևէ փող կամ ստացվածք) benefit financially (get any money or property) after you die

Վկաներն իրենց անունը պետք է ստորագրեն

հաջորդ էջում:

Witnesses need to sign their names on page.

Եթե վկաներ չունեք, այս ձևաթուղթը տարեք հանրային նոտարի

մոտ և ստորագրել տվեք 11-րդ էջը:

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page 11.

Ձեր վկաներին ստորագրել տվեք իրենց անուններն ու գրել տվեք ամսաթվերը
Have your witnesses sign their names and write the date

Սույն ստորագրելով, ես հաստատում եմ, որ _____ -ը իր անունն ստորագրել է իմ հայացքի ներքո: By signing, I promise that _____ (անուն) signed this form while I watched. (name)

Նա հստակ էր մտածում և ստորագրելու հարկադրանքի տակ չէր գտնվում: He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.

Ես նույնպես հաստատում եմ, որ՝ I also promise that:



- Ես ճանաչում եմ նրան կամ այս անձը կարողացել է ապացուցել իր ինքնությունը
I know him/her or this person could prove who he/she was
- Ես 18 տարեկան կամ ավելի տարեց եմ I am 18 years or older
- Ես նրա առողջական ինսամքի գործակալը չեմ I am not his/her health care agent
- Ես նրա առողջական ինսամքի մատակարարը չեմ I am not his/her health care provider
- Ես չեմ աշխատում նրա առողջական ինսամքի մատակարարի համար
I do not work for his/her health care provider
- Ես չեմ աշխատում նրա բնակության վայրում I do not work where he/she lives

Մեկ վկա նույնպես պետք է հաստատի, որ՝ One witness must also promise that:

- Ես նրա հետ կապ չունեմ արյան, ամուսնության կամ որդեգրության ճանապարհով
I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- Ես նյութապես չեմ նպաստավորվելու (ստանալու որևէ փող կամ ստացվածք) նրա մահից հետո I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

1-ին վկա Witness #1

ստորագրեք Ձեր անունը (sign your name) / ամսաթիվ (date)

տպատառով գրեք Ձեր անունը (print your first name) / տպատառով գրեք Ձեր ազգանունը (print your last name)

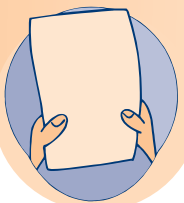
հասցե (street address) / քաղաք (city) / նահանգ (state) / փոստային թվանիշ (zip code)

2-րդ վկա Witness #2

ստորագրեք Ձեր անունը (sign your name) / ամսաթիվ (date)

տպատառով գրեք Ձեր անունը (print your first name) / տպատառով գրեք Ձեր ազգանունը (print your last name)

հասցե (street address) / քաղաք (city) / նահանգ (state) / փոստային թվանիշ (zip code)



Դուք այսպիսով լրացնում եք այս ձևաթուղթը:
You are now done with this form.

Այս ձևաթուղթը կիսեք Ձեր բժիշկների, բուժքույրերի, հասարակական աշխատողների, ընկերների, ընտանիքի և առողջական ինսամքի գործակալի հետ:

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.



10

Նրանց հետ խոսեք Ձեր ընտրանքների մասին:
Talk with them about your choices.

ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՆՈՏԱՐ

Notary Public

Այս ձևաթուղթը հանրային նոտարի տարեք **ՄԻԱՅՆ** եթե երկու վկաներ չեն ստորագրել այս ձևաթուղթը:
Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

Բերեք լուսանկարով ինքնության քարտ (վարորդական արտոնագիր, անցագիր, և այլն)
Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally appeared _____
Date Here insert name and title of the officer Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____



(Notary Seal)

Դուք այսպիսով լրացնում եք այս ձևաթուղթը:

You are now done with this form.

Այս ձևաթուղթը կիսեք Ձեր բժիշկների, բուժքույրերի, հասարակական աշխատողների, ընկերների, ընտանիքի և առողջական խնամքի գործակալի հետ:

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Նրանց հետ խոսեք Ձեր ընտրանքների մասին:

Talk with them about your choices.



Կալիֆորնիայի բուժարանների բնակիչների համար ՄԻԱՅՆ

For California Nursing Home Residents ONLY

Այս ձևաթուղթը Ձեր բուժարանի տնօրենին տվեք միայն եթե բուժարանում եք բնակվում:

Give this form to your nursing home director **only** if you live in a nursing home.

Կալիֆորնիայի օրենքը պահանջում է, որ բուժարանի բնակիչները որպես նախօրոք հրահանգների վկա ունենան բուժարանի հետաքննիչներին:

California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

ՀԻՎԱՆԴԻ ԴԱՏԱՊԱՇՏՊԱՆԻ ԿԱՄ ՀԵՏԱՔՆՆԻՉԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

«ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ՕՐԵՆՔՆԵՐԻ ՆԵՐՔՈ ՍՈՒՏ ՎԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏԺԻ ՍՊԱՌՆԱԼԻՔԻ ՆԵՐՔՈ ԵՄ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԵՄ ՀԻՎԱՆԴԻ ԴԱՏԱՊԱՇՏՊԱՆԸ ԿԱՄ ՀԵՏԱՔՆՆԻՉՆԵՐ ԵՄ, ԻՆՉՊԵՍ ԴԱ ՆՇԱՆԱԿՎԵԼ Է ՏԱՐԻՔԻ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ՆԱՅԱՆԳԱՅԻՆ ԲԱԺՆԻ ԿՈՂՄԻՑ, Ա ՈՐ ԵՄ ԾԱՌԱՅՈՒՄ ԵՄ ՈՐՊԵՍ ՎԿԱ, ԻՆՉՊԵՍ ՊԱՅԱՆՁՎՈՒՄ Է ԿՏԱԿԻ ՎԱԿԵՐԱՑՄԱՆ ՕՐԵՆՍԳՐՔԻ 4675 ՀԱՏՎԱԾՈՎ»:

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

ստորագրեք Ձեր անունը (sign your name)

ամսաթիվ (date)

տպատառով գրեք Ձեր անունը (print your first name)

տպատառով գրեք Ձեր ազգանունը (print your last name)

հասցե (street address)

քաղաք (city)

նահանգ (state)

փոստային թվանիշ (zip code)

