

## MASSACHUSETTS HEALTH CARE PROXY

### توكيل للرعاية الصحية في ولاية ماساشوستس

#### معلومات، تعليمات، ونماذج

#### ما هو المسموح به في قانون التوكيل للرعاية الصحية؟

إن التوكيل للرعاية الصحية وثيقة قانونية بسيطة تسمح لك أن تعين شخصا تعرفه وتثق به كي يتخذ قرارات تخص الرعاية الصحية نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر، لأي سبب وفي أي وقت: على اتخاذ هذه القرارات أو التعبير عنها. لكن هذا التوكيل وثيقة مهمة للغاية لأنه يخص فقط الخيارات التي تتخذها بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك، بل كذلك علاقتك مع طبيبك، أسرته، وغيرهم ممن قد يشارك في رعايتك. اقرأ هذه المعلومات واتبع التعليمات كي تضمن أن يتم احترام رغباتك.

ينص قانون التوكيل للرعاية الصحية (القوانين العامة لولاية ماساشوستس، الفصل 201D) على أن أي راشد عاقل عمره 18 سنة فما فوق يمكن له أن يستخدم هذا النموذج من أجل تعيين وكيل للرعاية الصحية. أنت (بستخدم القانون كلمة "الطرف الرئيسي" للإشارة إليك) تستطيع أن تعين أي شخص راشد باستثناء أي شخص يعمل كمدير، مسؤول تشغيل، أو موظف في أي من منشآت الرعاية الصحية مثل المستشفى أو دار النقاهاة الذي أنت مريض أو مقيم فيه إلا إذا كان ذلك الشخص أيضا قريبا لك بصلة الدم، أو الزوج، أو التبني. وسواء كنت تقيم في ماساشوستس أو في غيرها، يمكن لك أن تستخدم هذا النموذج إذا كنت تتلقى رعايتك الصحية في ماساشوستس.

#### ماذا يقدر وكيلى أن يصنع؟

سوف يقوم وكيلك باتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية فقط إذا كنت أنت، لسبب ما، غير قادر على القيام بذلك بنفسك. هذا يعني أن وكيلك يمكنه أن يتصرف نيابة عنك إذا كنت غائبا عن الوعي مؤقتا، أو في حالة غيبوبة طويلة، أو إذا كنت تعاني من حالة أخرى لا يمكنك فيها أن تتخذ قرارات بشأن رعايتك الصحية، أو غير قادر على التعبير عن هذه القرارات. ولا يمكن لوكيلك أن يتصرف نيابة عنك إلى أن يقرر طبيبك، خطيا، أنك تفقر إلى القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية. سوف يخبرك طبيبك بذلك إذا كان هناك أي مؤشر على أنك ستفهم ذلك.

يمكن لوكيلك، عندما يتصرف وفق الصلاحية التي منحته إياها، أن يتخذ أي قرار بشأن الرعاية الصحية كان يمكنك أنت أن تتخذه، لو أنك كنت قادرا على ذلك. إذا أعطيت وكيلك صلاحية كاملة للتصرف نيابة عنك، يمكن له أو لها أن يوافق على، أو أن يرفض، أي علاج طبي، بما في ذلك العلاج الذي قد يبيدك على قيد الحياة.

سوف يتخذ وكيلك قرارات نيابة عنك فقط بعد الحديث مع طبيبك أو الجهة التي تزودك بالرعاية الصحية، وبعد كامل النظر في كل الخيارات الخاصة بالتشخيص، التكهات الطبية، والعلاج للمرض أو الحالة التي تعاني منها. لوكيلك حق قانوني في الحصول على أي معلومات، بما في ذلك معلومات طبية خصوصية، ضرورية لاتخاذ قرارات متتورة نيابة عنك.

سيقوم وكيلك باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك وفقا لرغباتك أو وفقا لتقديره/تقديرها لرغباتك، بما في ذلك معتقداتك الدينية أو الأخلاقية. وربما رغبت في الحديث أولا مع طبيبك، أو مستشارك الديني، أو أشخاص آخرين قبل أن تعطي أي تعليمات إلى وكيلك. من المهم للغاية أن تتحدث مع وكيلك لكي يعرف هو أو هي ما هي القضايا المهمة لك. إذا كان وكيلك لا يعرف ما يمكن أن تكون رغباتك في أي ظرف معين، سوف يقوم وكيلك باتخاذ قرار بناء على ما يعتقد هو أو هي أنه سيكون أفضل قرار لصالحك. وبعد أن يقرر طبيبك أنك تفقر إلى القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، إذا كنت لا تزال تعترض على أي قرار يتخذه وكيلك، سوف يتم الامتثال إلى قراراتك أنت إلا إذا قررت محكمة أن تفقر إلى القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية.

سوف تكون لقرارات وكيلك الصلاحية ذاتها التي يمكن أن تكون لقراراتك أنت لو أنك كنت قادرا على اتخاذها، وسوف يتم الامتثال لها فوق قرارات أي شخص آخر، إلا في الاستثناءات والقيود التي تكون أنت قد حددتها مسبقا، أو إلا إذا كان هناك قرار من محكمة يبطل الوكالة صراحة.

### كيف أعبئ هذا النموذج

① على رأس النموذج، اكتب اسمك الكامل وعنوانك بخط واضح. اكتب اسم، عنوان، ورقم هاتف الشخص الذي تختاره ليكون وكيلك للرعاية الصحية. (اختياري: إذا كنت تظن أن الوكيل ربما قد لا يكون متوفرا أو يمكن الاتصال به في أي وقت في المستقبل، يمكن لك أن تعين شخصا آخر كوكيل بديل. وسيتم استدعاء وكيلك البديل إذا كان وكيلك غير راغب أو غير قادر على أداء واجبه.)

② إن وضع قيود على صلاحيات وكيلك قد يجعل من الصعب عليه هو أو هي أن يتصرف نيابة عنك في ظروف غير متوقعة. إذا كنت تريد لوكيلك أن يتمتع بكامل الصلاحية للتصرف نيابة عنك، لا تكتب شيئا في المقطع الخاص بالقيود على الصلاحيات. ولكن إذا كنت تريد أن تحدد أنواع القرارات التي تريد لوكيلك أو لوكيلك البديل أن يتخذها نيابة عنك، حدد تلك القيود في ذلك البند.

③ قبل أن توقع على النموذج، تأكد من وجود شخصين راشدين ليكونوا شهودا على توقيعك الوثيقة. إن الأشخاص الوحيدين الذين لا يمكن لهم أن يكونوا شهودا هم الوكيل والوكيل البديل. ثم وقع على الوثيقة بنفسك. (أو، إذا كنت غير قادر على ذلك، دع شخصا غير الشاهدين يوقع اسمك تحت إشرافك. يجب على الشخص الذي يوقع اسمك نيابة عنك أن يضع اسمه هو أو هي وعنوانه في المكان المخصص لذلك.)

④ دع كل من الشاهدين يوقع اسمه هو أو هي، ويكتب اسمه وعنوانه.

⑤ اختياري: هناك إفادات على الوجه الخلفي للنموذج يمكن لوكيلك ولأي وكيل بديل أن يوقعها. لا يشترط القانون ذلك، لكن من الأفضل القيام بذلك من أجل التأكد من أنك قد تحدثت مع الشخص أو الأشخاص الذين قد يحتاجون إلى اتخاذ قرارات مهمة تخص الرعاية التي تتلقاها، وأن كلا منهم يدرك أهمية الوظيفة التي قد يضطر إلى تأديتها.

### من الذي يحتفظ بالوثيقة الأصلية والنسخ؟

بعد أن تعبئ النموذج، انزع صفحة المعلومات هذه واحصل على أربع نسخ مصورة على الأقل لهذا النموذج. احتفظ بالأصل لنفسك في مكان يمكن العثور عليه بسهولة (وليس في صندوق الوديعة الآمنة الخاص بك). أعط نسخا إلى طبيبك و/أو شركة التأمين الصحي من أجل وضعها في سجلك الطبي. أعط نسخا إلى وكيلك وأي وكيل بديل. يمكن لك أن تعطي نسخا إضافية إلى أفراد عائلتك، إلى الراعي الديني و/أو المحامي الخاص بك، وأي أشخاص آخرين يمكن لهم أن يشاركوا في عملية اتخاذ قرارات تخص رعايتك الصحية.

### كيف يمكن لي إبطال أو إلغاء الوثيقة؟

يتم إبطال توكيل الرعاية الصحية عند وقوع أي من الأمور الأربعة التالية:

- 1- أن تقوم أنت بتوقيع توكيل آخر للرعاية الصحية في ما بعد.
- 2- أن تنفصل قانونيا أو أن تطلق زوجك/زوجتك الذي تم تعيينه في الوكالة بصفة وكيل عنك.
- 3- أن تقوم أنت بإبلاغ وكيلك، أو طبيبك، أو أي مصدر آخر يزودك بالرعاية الصحية، شفويا أو خطيا، بأنك تريد إبطال توكيل الرعاية الصحية الخاص بك.
- 4- أن تفعل أي شيء آخر يظهر بوضوح أنك تريد إبطال الوكالة، مثلا، أن تمزق أو تدمر التوكيل، أو تشطب عليه، أو تبلغ أشخاص آخرين بذلك، الخ.

(بعد أن تعبئ النموذج، انزع ورقة المعلومات هذه. تأكد من الحديث مع الوكيل الذي عينته.)