

হেলথ কেয়ার প্রক্সি

নিউ ইয়র্ক স্টেটে আপনার হেলথ কেয়ার এজেন্ট নিয়োগ করা

নিউ ইয়র্ক Health Care Proxy (হেলথ কেয়ার প্রক্সি) আইন আপনাকে আপনার বিশ্বাসযোগ্য কাউকে নিয়োগ করতে দেয় - উদাহরণস্বরূপ, পরিবারের সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধু - যাতে আপনি যদি সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা হারিয়ে ফেলেন তবে আপনার জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নিয়োগ করে, আপনি নিশ্চিত করতে পারেন যে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার ইচ্ছা অনুসরণ করবে। আপনার চিকিৎসার অবস্থার পরিবর্তনের সাথে সাথে আপনার ইচ্ছাগুলি কীভাবে প্রযোজ্য হবে তা আপনার এজেন্টও সিদ্ধান্ত নিতে পারে। হাসপাতাল, ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের অবশ্যই আপনার এজেন্টের সিদ্ধান্তগুলি অনুসরণ করতে হবে যেন সেগুলি আপনার নিজেদের। আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসেবে বেছে নিয়েছেন তাকে আপনি যতটা চান কম বা বেশি ততটা ক্ষমতা দিতে পারেন। আপনি আপনার এজেন্টকে সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত বা শুধুমাত্র কিছু নির্দিষ্ট সিদ্ধান্ত নেওয়ার অনুমতি দিতে পারেন। আপনি আপনার এজেন্টকে নির্দেশনাও দিতে পারেন যা তাকে অনুসরণ করতে হবে। এই ফর্মটি অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু দান সংক্রান্ত আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশাবলী নথিভুক্ত করতেও ব্যবহার করা যেতে পারে।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্ম সম্পর্কে

এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ আইনি নথি। স্বাক্ষর করার আগে, আপনাকে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি বুঝতে হবে:

1. এই ফর্মটি আপনাকে আপনার এজেন্ট হিসাবে বেছে নেওয়া ব্যক্তিকে আপনার জন্য সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা দেয়, যেখানে আপনি এই ফর্মে অন্যথা না বললে, অপসারণ বা লাইফ-সাসটেনিং চিকিৎসা দেওয়ার সিদ্ধান্ত সহ। "স্বাস্থ্য পরিচর্যা" মানে আপনার শারীরিক বা মানসিক অবস্থার নির্ণয় বা চিকিৎসার জন্য কোনো চিকিৎসা, সেবা বা পদ্ধতি।
2. যতক্ষণ না আপনার এজেন্ট কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন (একটি ফিডিং টিউব বা ইন্ট্রাভেনাস লাইন দ্বারা সরবরাহ করা খাদ্য এবং জল) সম্পর্কে আপনার ইচ্ছাগুলি যুক্তিসঙ্গতভাবে না জানে, তবে তাকে আপনার জন্য এই ব্যবস্থাগুলি প্রত্যাখ্যান বা সম্মতি দেওয়ার অনুমতি দেওয়া হবে না।
3. আপনার এজেন্ট আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়া শুরু করবে যখন আপনার ডাক্তার নির্ধারণ করবেন যে আপনি নিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন না।
4. আপনি এই ফর্মটিতে যে ধরনের চিকিৎসা চান না এবং/অথবা সেই চিকিৎসাগুলি যা আপনি পাওয়ার ব্যাপারে নিশ্চিত হতে চান, সেগুলির উদাহরণ লিখতে পারেন। নির্দেশাবলীগুলি এজেন্টের সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা সীমিত করতে ব্যবহার করা যেতে পারে। আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় আপনার এজেন্টকে অবশ্যই আপনার নির্দেশাবলী অনুসরণ করতে হবে।
5. এই ফর্মটি পূরণ করার জন্য আপনার কোনো আইনজীবীর প্রয়োজন নেই।
6. আপনি আপনার এজেন্ট হতে পরিবারের সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধু সহ যেকোনো প্রাপ্তবয়স্ক (18 বছর বা তার বেশি বয়সী) কাউকে বেছে নিতে পারেন। আপনি যদি একজন ডাক্তারকে আপনার এজেন্ট হিসেবে বেছে নেন, তাহলে তাকে আপনার এজেন্ট হিসেবে কাজ করা বা আপনার উপস্থিত ডাক্তার হিসেবে বেছে নিতে হবে কারণ একজন ডাক্তার একই সময়ে উভয় কাজ করতে পারবে না। এছাড়াও, আপনি যদি একজন রোগী বা হাসপাতাল, নার্সিং হোম বা মানসিক স্বাস্থ্যবিধি সুবিধার বাসিন্দা হন, তবে আপনার এজেন্ট হিসাবে সেই ফেসিলিটির জন্য কাজ করেন এমন কারোর নাম দেওয়ার বিষয়ে বিশেষ বিধিনিষেধ রয়েছে। এই বিধিনিষেধগুলি ব্যাখ্যা করতে ফেসিলিটির কর্মীদের জিজ্ঞাসা করুন।
7. আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে কাউকে নিয়োগ করার আগে, সে আপনার এজেন্ট হিসাবে কাজ করতে ইচ্ছুক কিনা তা নিশ্চিত করতে তার সাথে আলোচনা করুন। আপনি যাকে বেছে নিয়েছেন তাকে বলুন যে তিনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হবেন। আপনার এজেন্টের সাথে আপনার স্বাস্থ্যের যত্নের ইচ্ছা সম্পর্কে এবং এই ফর্মটি নিয়ে আলোচনা করুন। তাকে একটি স্বাক্ষরিত কপি দিতে ভুলবেন না। সরল বিশ্বাসে নেওয়া স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের জন্য আপনার এজেন্টের বিরুদ্ধে মামলা করা যাবে না।
8. আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে আপনার পতি/পত্নীর নাম দিয়ে থাকেন এবং আপনি পরে ডিভোর্সড বা আইনগতভাবে আলাদা হয়ে যান, তাহলে আপনার প্রাক্তন পতি/পত্নী আইন অনুসারে আর আপনার এজেন্ট হতে পারবেন না, যদি না আপনি অন্যথা বলেন। আপনি যদি আপনার প্রাক্তন পতি/পত্নীকে আপনার এজেন্ট হিসাবে রাখতে চান, তাহলে আপনি এটি আপনার বর্তমান ফর্মে নোট করতে পারেন এবং এটির তারিখ দিতে পারেন বা আপনার প্রাক্তন পতি/পত্নীর নাম উল্লেখ করে একটি নতুন ফর্ম পূরণ করতে পারেন।
9. যদিও আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর করেছেন, আপনার নিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার আছে যতক্ষণ আপনি এটি করতে সক্ষম হন, এবং আপনি আপত্তি করলে আপনাকে চিকিৎসা দেওয়া বা বন্ধ করা যাবে না, বা আপনার এজেন্টের বাধা দেওয়ার কোনো ক্ষমতা থাকবে না।
10. আপনি আপনার এজেন্টকে দেওয়া ক্ষমতা বাতিল করতে পারেন তাকে বা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে মৌখিকভাবে বা লিখিতভাবে জানিয়ে।
11. স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নিয়োগ করা হলো স্বেচ্ছাকৃত। কেউ আপনাকে একজনকে নিয়োগের ক্ষেত্রে বাধ্য করতে পারে না।
12. আপনি এই ফর্মে অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু দান সংক্রান্ত আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশাবলী প্রকাশ করতে পারেন।

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নগুলি

আমি কেন একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট বেছে নেব?

আপনি যদি স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হন, এমনকি সাময়িকভাবেও, তাহলে অন্য কাউকে আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নিতে হবে। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা প্রায়ই নির্দেশনার জন্য পরিবারের সদস্যদের ওপর নির্ভর করে। একটি নির্দিষ্ট চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ইচ্ছাগুলি নিয়ে পরিবারের সদস্যরা কি মনে করেন তারা তা প্রকাশ করতে পারে। একজন এজেন্ট নিয়োগ করলে আপনি আপনার চিকিৎসা নিয়ন্ত্রণ করতে পারবেন:

- আপনার এজেন্টকে আপনার হয়ে স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার অনুমতি দেওয়া যেমন আপনি চান যে তারা সিদ্ধান্ত নেন;
- স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য একজন ব্যক্তিকে বেছে নেওয়া কারণ আপনি মনে করেন সেই ব্যক্তিই সেরা সিদ্ধান্ত নিতে পারবে;
- পরিবারের সদস্যদের এবং/অথবা উল্লেখযোগ্য অন্যদের মধ্যে দ্বন্দ্ব বা বিভ্রান্তি এড়াতে একজনকে বেছে নেওয়া।

যদি আপনার প্রথম বিকল্প আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নিতে না পারে তবে আপনি একটি অন্টারনেট এজেন্ট নিয়োগ করতে পারেন।

কে একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হতে পারে?

18 বছর বা তার বেশি বয়সী যে কেউ একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হতে পারেন। আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার এজেন্ট বা আপনার বিকল্প এজেন্ট হিসেবে নিযুক্ত করছেন তিনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফর্মে একজন সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না।

আমি কীভাবে একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নিয়োগ করব?

সকল উপযুক্ত প্রাপ্তবয়স্ক, 18 বছর বা তার বেশি বয়সী, স্বাস্থ্যসেবা প্রক্লি নামে একটি ফর্মে স্বাক্ষর করে স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নিয়োগ করতে পারেন। আপনার একজন আইনজীবী বা নোটারির প্রয়োজন নেই, শুধুমাত্র দুইজন প্রাপ্তবয়স্ক সাক্ষীর প্রয়োজন। আপনার এজেন্ট সাক্ষী হিসাবে স্বাক্ষর করতে পারে না। আপনি এখানে প্রিন্ট করা ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন, কিন্তু আপনাকে এই ফর্মটি ব্যবহার করতে হবে না।

কখন আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আমার জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়া শুরু করবে?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়া তখনই শুরু করবে যখন আপনার ডাক্তার সিদ্ধান্ত নিবেন যে আপনি নিজের স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারছেন না। যতক্ষণ আপনি নিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন, ততক্ষণ আপনার তা করার অধিকার থাকবে।

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট কী সিদ্ধান্ত নিতে পারে?

যতক্ষণ না আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের ক্ষমতা সীমিত করছেন, আপনার এজেন্ট এমন যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হবে যা আপনি নিজেই নিতেন যদি আপনি সক্ষম হতেন। আপনার এজেন্ট সম্মত হতে পারেন যে আপনার চিকিৎসা গ্রহণ করা উচিত, বিভিন্ন চিকিৎসার মধ্যে বেছে নেওয়া উচিত এবং সিদ্ধান্ত নেওয়া উচিত যে আপনার ইচ্ছা এবং আগ্রহ অনুসারে চিকিৎসা দেওয়া উচিত নয়। যদিও বা, আপনার এজেন্ট শুধুমাত্র কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন (ফিডিং টিউব বা ইনট্রাভেনাস লাইন দ্বারা সরবরাহ করা খাদ্য এবং জল) সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যদি তিনি আপনার ইচ্ছাগুলি জানেন যা আপনি বলেছেন বা আপনি যা লিখেছেন। হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফর্ম আপনার এজেন্টকে আপনার জন্য অ-স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা দেয় না, যেমন আর্থিক সিদ্ধান্ত।

যদি আমি অল্পবয়সী এবং সুস্থ হই তাহলে কেন আমাকে একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নিয়োগ করতে হবে?

যদিও আপনি বয়স্ক না হন বা অসুস্থ না হন তবে স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নিয়োগ করা একটি ভালো পরিকল্পনা। একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আপনার পক্ষে কাজ করতে পারেন যদি আপনি সাময়িকভাবে আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হন (যেমন আপনি যদি সাধারণ অ্যানেস্থেসিয়ার অধীনে থাকেন বা দুর্ঘটনার কারণে কোম্যাটোস হয়ে যান)। যখন আপনি আবার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হন, তখন আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আর কাজ করার জন্য অনুমোদিত হবে না।

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নগুলি, অব্যাহত

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট কীভাবে সিদ্ধান্ত নেবে?

আপনার এজেন্টকে অবশ্যই আপনার ইচ্ছা, সেইসাথে আপনার নৈতিক ও ধর্মীয় বিশ্বাসকে অনুসরণ করতে হবে। আপনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফর্মে নির্দেশাবলী লিখতে পারেন বা আপনার এজেন্টের সাথে আলোচনা করতে পারেন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট কীভাবে আমার ইচ্ছাগুলি জানবে?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের সাথে আপনার ইচ্ছাগুলি সম্পর্কে খোলামেলা এবং স্পষ্ট আলোচনা করা তাকে আপনার আগ্রহগুলি পূরণ করার জন্য আরও ভালো অবস্থানে নিয়ে যাবে। যদি আপনার এজেন্ট আপনার ইচ্ছা বা বিশ্বাস না জানে, তাহলে আপনার এজেন্টকে আইনত আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে কাজ করতে হবে। যেহেতু আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে নিযুক্ত ব্যক্তিটির জন্য এটি একটি প্রধান দায়িত্ব, তাই বিভিন্ন ধরনের পরিস্থিতিতে আপনি কী ধরনের চিকিৎসা চান বা চান না সে সম্পর্কে আপনার ব্যক্তির সাথে আলোচনা করা উচিত, যেমন:

- আপনি লাইফ সাপোর্ট শুরু করতে/চালিয়ে যেতে/অপসারণ করে ফেলতে চান কিনা যদি আপনি একটি স্থায়ী কোমায় থাকেন;
- আপনার যদি একটি অ-নিরাময়যোগ্য অসুস্থতা থাকে তবে আপনি চিকিৎসা শুরু করতে/চালিয়ে যেতে/অপসারণ করে ফেলতে চান কিনা;
- আপনি কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন শুরু করতে/চালিয়ে যেতে বা অব্যাহত রাখতে চান বা প্রত্যাহার করতে চান এবং কী ধরনের পরিস্থিতিতে চান।

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট কি আমার ইচ্ছা বা পূর্বের চিকিৎসা নির্দেশাবলীকে বাতিল করতে পারে?

না। আপনার এজেন্ট আপনার ইচ্ছার উপর ভিত্তি করে সিদ্ধান্ত নিতে বাধ্য। আপনি যদি স্পষ্টভাবে নির্দিষ্ট ইচ্ছা প্রকাশ করেন, বা বিশেষ চিকিৎসার জন্য নির্দেশনা দেন, আপনার এজেন্টের সেই ইচ্ছা বা নির্দেশাবলী অনুসরণ করার দায়িত্ব রয়েছে যদি না তার বিশ্বাস করার জন্য একটি ভালো বিশ্বাসের ভিত্তি থাকে যে আপনার ইচ্ছাগুলি পরিবর্তিত হয়েছে বা পরিস্থিতিতে প্রযোজ্য নয়।

কে আমার এজেন্টের প্রতি নজর দেবে?

কে আমার এজেন্টের প্রতি নজর দেবে? সমস্ত হাসপাতাল, নার্সিং হোম, ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আইনত আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে একই তথ্য সরবরাহ করতে হবে এবং সিদ্ধান্তগুলিকে সম্মান করতে হবে যা আপনার এজেন্ট দ্বারা করা হয়েছে যেন সেগুলি আপনার নিজের দ্বারা তৈরি করা। যদি কোনো হাসপাতাল বা নার্সিং হোম কিছু চিকিৎসার বিকল্পে আপত্তি করে (যেমন নির্দিষ্ট চিকিৎসা অপসারণ করা) তাহলে তাদের অবশ্যই আপনাকে বা আপনার এজেন্টকে জানাতে হবে আগে বা ভর্তির সময়, যদি যুক্তিসঙ্গতভাবে সম্ভব হয়।

সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট উপলব্ধ না থাকলে কী হবে?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট অনুপলব্ধ, অক্ষম বা সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় কাজ করতে না চাইলে আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনি একটি বিকল্প এজেন্ট নিয়োগ করতে পারেন। অন্যথায়, স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যার সিদ্ধান্ত নেবে যেগুলি আপনি যখন তা করতে সক্ষম ছিলেন তখন আপনি যে নির্দেশনা দিয়েছেন তা অনুসরণ করুন। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফর্মে আপনি যা যা নির্দেশনা লেখেন তা এই পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের গাইড করবে।

আমি যদি আমার মত পরিবর্তন করি তাহলে কি হবে?

আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি বাতিল করা, আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসেবে আপনি যে ব্যক্তিকে বেছে নিয়েছেন তাকে পরিবর্তন করা বা ফর্মে আপনার অন্তর্ভুক্ত কোনো নির্দেশ বা সীমাবদ্ধতা পরিবর্তন করা সহজ। শুধু একটি নতুন ফর্ম পূরণ করুন। উপরন্তু, আপনি নির্দেশ করতে পারেন যে আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি একটি নির্দিষ্ট তারিখে মেয়াদ শেষ হয়ে গেছে বা যদি কিছু ঘটনা ঘটে। অন্যথায়, হেলথ কেয়ার প্রক্লি অনির্দিষ্টকালের জন্য বৈধ হবে। আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট বা আপনার বিকল্প হিসাবে আপনার পতি/পত্নীকে বেছে নেন এবং আপনি ডিভোর্সড হয়ে যান বা আইনত আলাদা হয়ে যান, তাহলে সেই নিযুক্তি স্বয়ংক্রিয়ভাবে বাতিল হয়ে যাবে। যাইহোক, যদি আপনি চান যে আপনার প্রাক্তন পতি/পত্নী আপনার এজেন্ট হিসাবে থাকবেন, তাহলে আপনি এটি আপনার বর্তমান ফর্মে নোট করতে পারেন এবং এটির তারিখ দিতে পারেন বা আপনার প্রাক্তন পতি/পত্নীর নাম দিয়ে একটি নতুন ফর্ম পূরণ করতে পারেন।

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নগুলি, অব্যাহত

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট কি আমার হয়ে নেওয়া সিদ্ধান্তের জন্য আইনত দায়বদ্ধ হতে পারে?
না। আপনার হয়ে সরল বিশ্বাসে নেওয়া স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের জন্য আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট দায়ী থাকবে না। এছাড়াও, তাকে আপনার যত্নের খরচের জন্য দায়ী করা যাবে না, কারণ তিনি আপনার এজেন্ট।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি কি লিভিং উইলের মতন একই?

না। লিভিং উইল হল একটি নথি যা স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত সম্পর্কে নির্দিষ্ট নির্দেশনা প্রদান করে। আপনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে এই ধরনের নির্দেশনা দিতে পারেন। হেলথ কেয়ার প্রক্সি আপনাকে আপনার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনার বিশ্বাসযোগ্য কাউকে বেছে নিতে দেয়। একটি লিভিং উইলের মতন, একটি হেলথ কেয়ার প্রক্সির প্রয়োজন হয় না যে আপনি আগাম সিদ্ধান্ত নেন যদি কিছু ঘটে। পরিবর্তে, আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট চিকিৎসা পরিস্থিতির পরিবর্তন হিসাবে আপনার ইচ্ছাকে ব্যাখ্যা করতে পারে এবং এমন সিদ্ধান্ত নিতে পারে যা আপনি জানতেন না যে নিতে হবে।

আমার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মটি স্বাক্ষর করার পরে আমার কোথায় রাখা উচিত?

আপনার এজেন্ট, আপনার ডাক্তার, আপনার অ্যাটর্নি এবং পরিবারের অন্য কোনো সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধুদের একটি কপি দিন। আপনার মানিব্যাগ বা পার্সে বা অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ কাগজপত্রের সাথে একটি কপি রাখুন, তবে এমন জায়গায় নয় যেখানে কেউ এটি অ্যাক্সেস করতে পারে না, যেমন একটি সেফ ডিপোজিট বাক্সে। যদি আপনি হাসপাতালে ভর্তি হন, এমনকি ছোট অস্ত্রোপচারের জন্যও, অথবা আপনি আউটপেশেন্ট রোগী হিসাবে অস্ত্রোপচারের মধ্য দিয়ে যান তাহলে একটি কপি আনুন।

আমি কি অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু দান সম্পর্কে আমার ইচ্ছা প্রকাশ করতে হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্ম ব্যবহার করতে পারি?

হ্যাঁ। হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে ঐচ্ছিক অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দান বিভাগটি ব্যবহার করুন এবং নিশ্চিত করুন যে বিভাগটি দুইজন ব্যক্তি সাক্ষ্য দিয়েছেন। আপনি নির্দিষ্ট করতে পারেন যে আপনার অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু প্রতিস্থাপন, গবেষণা বা শিক্ষামূলক উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে। আপনার ইচ্ছার সাথে যুক্ত কোনো সীমাবদ্ধতা(গুলি) প্রক্সির এই বিভাগে উল্লেখ করা উচিত। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে আপনার ইচ্ছা এবং নির্দেশাবলী অন্তর্ভুক্ত করতে ব্যর্থ হলে সেটির মানে হবে যে আপনি অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দাতা হতে চান না।

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট কি অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু দান সম্পর্কে আমার জন্য সিদ্ধান্ত নিতে পারে?

হ্যাঁ। 26শে আগস্ট, 2009 পর্যন্ত, আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আপনার মৃত্যুর পরে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অনুমোদিত, তবে শুধুমাত্র অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দান সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে উল্লিখিত সিদ্ধান্তগুলি আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে অবশ্যই নিতে হবে।

আমি এই সময়ে আমার ইচ্ছা প্রকাশ না করতে ইচ্ছুক হলে কে অনুদানে সম্মতি দিতে পারে?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দান, বিষয়ে আপনার ইচ্ছাগুলি নোট করা গুরুত্বপূর্ণ অথবা “হেলথ কেয়ার প্রক্সি,” পরিবারের সদস্যরা, এবং আপনার দেহাবশেষের জন্য দায়ী ব্যক্তি। আপনি যদি ইতিমধ্যে আপনার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দাতা হওয়ার বা না হওয়ার ইচ্ছা প্রকাশ না করে থাকেন, নিউ ইয়র্ক আইন এমন ব্যক্তিদের একটি তালিকা প্রদান করে যারা আপনার পক্ষ থেকে অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দান করার জন্য সম্মতি দেওয়ার জন্য অনুমোদিত। অপ্রাধিকারের ক্রম অনুসারে সেগুলি নিম্নরূপ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে: আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট/প্রক্সি; আপনার পতি/পত্নী, যদি আপনি আইনত বিচ্ছিন্ন না হন, অথবা আপনার ঘরোয়া সঙ্গী; একজন ছেলে বা মেয়ে 18 বছর বা তার বেশি বয়সী; আপনার পিতামাতার কেউ; 18 বছর বা তার বেশি বয়সের একজন ভাই বা বোন; একজন প্রাপ্তবয়স্ক নাতি; একটি পিতামহ; আপনার মৃত্যুর আগে আদালত দ্বারা আপনার জন্য নিযুক্ত একজন অভিভাবক; অথবা আপনার দেহের নিষ্পত্তি করার জন্য অনুমোদিত অন্য কোনো ব্যক্তি।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি নির্দেশাবলী

আইটেম (1)

আপনি আপনার এজেন্ট হিসেবে যাকে নির্বাচন করছেন তার নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর লিখুন।

আইটেম (2)

আপনি যদি একটি বিকল্প এজেন্ট নিয়োগ করতে চান, তাহলে আপনি যাকে আপনার বিকল্প এজেন্ট হিসেবে নির্বাচন করছেন তার নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর লিখুন।

আইটেম (3)

আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি অনির্দিষ্টকালের জন্য বৈধ থাকবে যদি না আপনি মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ বা শর্ত সেট করেন। এই বিভাগটি ঐচ্ছিক এবং শুধুমাত্র তখনই পূরণ করা উচিত যদি আপনি চান আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সির মেয়াদ শেষ হয়ে যাক।

আইটেম (4)

যদি আপনার এজেন্টের জন্য বিশেষ নির্দেশনা থাকে, সেগুলি এখানে লিখুন। এছাড়াও, আপনি যদি কোনো উপায়ে আপনার এজেন্টের ক্ষমতা সীমিত করতে চান, তাহলে আপনি এখানে তা বলতে পারেন বা আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের সাথে আলোচনা করতে পারেন। আপনি যদি কোনো সীমাবদ্ধতা প্রকাশ না করেন, তাহলে আপনার এজেন্টকে সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার অনুমতি দেওয়া হবে যা আপনি নিতে পারতেন, যার মধ্যে জীবন ধারণকারী চিকিৎসায় সম্মতি বা প্রত্যাখ্যান করার সিদ্ধান্তও রয়েছে।

আপনি যদি আপনার এজেন্টকে বিস্মৃত ক্ষমতা দিতে চান, তাহলে আপনি সরাসরি ফর্মে তা করতে পারেন। কেবল লিখুন: আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট এবং অন্টারনেট ব্যক্তির সাথে আমার ইচ্ছা নিয়ে আলোচনা করেছি এবং তারা কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন সহ আমার ইচ্ছাগুলি জানে।

আপনি যদি আরও নির্দিষ্ট নির্দেশনা দিতে চান, আপনি বলতে পারেন:

যদি আমি দীর্ঘস্থায়ীভাবে অসুস্থ হয়ে পড়ি, আমি নিম্নলিখিত ধরনের চিকিৎসা গ্রহণ করতে চাই/ চাই না...।

যদি আমি কোমায় থাকি বা সুস্থ হওয়ার কোন আশা ছাড়াই সামান্য সচেতন বোধগম্যতা থাকে, তাহলে আমি নিম্নলিখিত ধরনের চিকিৎসা চাই/ চাই না...।

আমি যদি কোমায় থাকি বা সুস্থ হওয়ার কোনো আশা না নিয়ে সামান্য সচেতন বোধশক্তি থাকে, তাহলে আমি নিম্নলিখিত ধরনের চিকিৎসা চাই/ চাই না...।

আমি আমার এজেন্টের সাথে _____ সম্পর্কে আমার ইচ্ছা নিয়ে আলোচনা করেছি এবং আমি চাই আমার এজেন্ট এই ব্যবস্থাগুলি সম্পর্কে সমস্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণ করুক।

আপনি আপনার এজেন্টকে যা বিশেষ নির্দেশনা দিতে চান এমন চিকিৎসার উদাহরণ নিচে তালিকাভুক্ত করা হয়েছে। এটি একটি সম্পূর্ণ তালিকা নয়:

- কৃত্রিম শ্বসন
- কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন (ফিডিং টিউব দ্বারা সরবরাহ করা খাদ্য এবং জল)
- কার্ডিওপালমোনারি রিসাসিটেশন (cardiopulmonary resuscitation, CPR)
- অ্যান্টিসাইকোটিক ওষুধ
- ইলেকট্রিক শক থেরাপি
- অ্যান্টিবায়োটিক
- অস্ত্রোপচার পদ্ধতি
- ডায়ালিসিস
- প্রতিস্থাপন
- ব্লাড ট্রান্সফিউশন
- গর্ভপাত
- জীবাণুমুক্তকরণ

আইটেম (5)

আপনাকে অবশ্যই তারিখ দিতে হবে এবং এই হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে। আপনি নিজে স্বাক্ষর করতে না পারলে, আপনি অন্য কাউকে আপনার উপস্থিতিতে স্বাক্ষর করতে নির্দেশ দিতে পারেন। আপনার ঠিকানা অন্তর্ভুক্ত করতে ভুলবেন না।

আইটেম (6)

আপনি এই ফর্মে অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দান সম্পর্কে ইচ্ছা বা নির্দেশনা জানাতে পারেন। নিউ ইয়র্ক আইন আপনার পক্ষ থেকে একটি অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দানে সম্মতির জন্য অগ্রাধিকারের জন্য নির্দিষ্ট ব্যক্তিদের জন্য প্রদান করে: আপনার মনোনীত স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট/ প্রক্সি; আপনার দেহাবশেষের ব্যবস্থা নিয়ন্ত্রণের জন্য আপনার মনোনীত এজেন্ট; আপনার পতি/ পত্নী, যদি আপনি আইনত বিচ্ছিন্ন না হন, অথবা আপনার ঘরোয়া সঙ্গী; একজন ছেলে বা মেয়ে 18 বছর বা তার বেশি বয়সী; আপনার পিতামাতার কেউ; 18 বছর বা তার বেশি বয়সের একজন ভাই বা বোন; একটি প্রাপ্তবয়স্ক নাতি; একজন পিতামহ; আপনার মৃত্যুর আগে আদালত কর্তৃক নিযুক্ত একজন অভিভাবক; অথবা আপনার দেহের নিষ্পত্তি করার জন্য অনুমোদিত অন্য কোনো ব্যক্তি।

আইটেম (7)

18 বছর বা তার বেশি বয়সী দুজন সাক্ষীকে এই হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে। যে ব্যক্তি আপনার এজেন্ট বা বিকল্প এজেন্ট হিসাবে নিযুক্ত হয়েছেন তিনি সাক্ষী হিসাবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না।

হেলথ কেয়ার প্রক্রি়

- (1) আমি, _____
এখানে এতদ্বারা করা হচ্ছে _____
(নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর)

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে আমার জন্য যে কোনো এবং সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য, আমি যা অন্যথায় বলেছি তা ছাড়া। এই প্রক্রি়টি তখনই কার্যকর হবে যখন এবং যদি আমি আমার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হই।

(2) ঐচ্ছিক: বিকল্প এজেন্ট

যদি আমি যে ব্যক্তিকে নিয়োগ করি তা আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে কাজ করতে অক্ষম, অনিচ্ছুক বা অনুপলব্ধ হলে, আমি এতদ্বারা _____
(নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর) নিয়োগ করছি

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে আমার জন্য যে কোনো এবং সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য, আমি যা অন্যথায় বলেছি তা ছাড়া।

- (3) যদি না আমি এটি প্রত্যাহার করি বা মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ বা পরিস্থিতিতে এটির মেয়াদ শেষ না হয়, এই প্রক্রি়টি অনির্দিষ্টকালের জন্য কার্যকর থাকবে। (ঐচ্ছিক: আপনি যদি এই প্রক্রি়টির মেয়াদ শেষ করতে চান তবে তারিখ বা শর্তাবলী এখানে উল্লেখ করুন।) এই প্রক্রি়ের মেয়াদ শেষ হবে (তারিখ বা শর্তাবলী নির্দিষ্ট করুন):

- (4) **ঐচ্ছিক:** আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে আমার ইচ্ছা এবং সীমাবদ্ধতা অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে নির্দেশ দিচ্ছি, যেমনটি সে জানে বা নীচে বলা হয়েছে। (যদি আপনি আপনার জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য বা নির্দিষ্ট নির্দেশনা দেওয়ার জন্য আপনার এজেন্টের ক্ষমতাকে সীমিত করতে চান, তাহলে আপনি এখানে আপনার ইচ্ছা বা সীমাবদ্ধতা প্রকাশ করতে পারেন।) আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে নিম্নলিখিত সীমাবদ্ধতা এবং/অথবা নির্দেশাবলী অনুসারে স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে নির্দেশ দিই (অতিরিক্ত পৃষ্ঠাগুলি প্রয়োজনে সংযুক্ত করুন):

আপনার এজেন্ট যাতে আপনার জন্য কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন (ফিডিং টিউব এবং ইন্ট্রাভেনাস লাইন দ্বারা সরবরাহ করা খাদ্য এবং জল) সম্পর্কে আপনার জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারে, আপনার এজেন্টকে অবশ্যই আপনার ইচ্ছা যুক্তিসঙ্গতভাবে জানতে হবে। আপনি হয় আপনার এজেন্টকে বলতে পারেন আপনার ইচ্ছা কী বা এই বিভাগে অন্তর্ভুক্ত করুন। ভাষার নমুনার জন্য নির্দেশাবলী দেখুন যা আপনি ব্যবহার করতে পারেন যদি আপনি এই ফর্মটিতে আপনার ইচ্ছাগুলি অন্তর্ভুক্ত করতে চান, কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন সম্পর্কে আপনার ইচ্ছাগুলি সহ।

(5) আপনার পরিচয় (দয়া করে প্রিন্ট করুন)

আপনার নাম _____

আপনার স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

আপনার ঠিকানা _____

(6) ঐচ্ছিক: অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু দান

আমি এতদ্বারা আমার মৃত্যুতে কার্যকর হওয়ার জন্য একটি শারীরবৃত্তীয় উপহার দিচ্ছি, যার মধ্যে:
(প্রয়োজ্য যে কোনোটি চেক করুন)

যেকোনো প্রয়োজনীয় অঙ্গ, চোখ এবং/বা টিস্যু

নিম্নলিখিত অঙ্গ, চোখ এবং/অথবা টিস্যু _____

সীমাবদ্ধতা _____

আপনি যদি এই ফর্মে অঙ্গ, চক্ষু এবং/অথবা টিস্যু দান সম্পর্কে আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশনা উল্লেখ না করেন, তাহলে এর অর্থ এই ধরা হবে না যে আপনি দান করতে চান না বা এমন কোনো ব্যক্তিকে আটকাতে চান না, যিনি অন্যথায় আইন অনুসারে অনুমোদিত, আপনার পক্ষে অনুদানে সম্মতি দিতে।

আপনার স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

(7) সাক্ষীদের দ্বারা বিবৃতি (সাক্ষীদের অবশ্যই 18 বছর বা তার বেশি বয়সী হতে হবে এবং স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট বা বিকল্প হতে পারবে না)

আমি ঘোষণা করছি যে যে ব্যক্তি এই নথিতে স্বাক্ষর করেছেন তিনি ব্যক্তিগতভাবে আমার পরিচিত এবং সুস্থ মনের এবং তার নিজের ইচ্ছায় কাজ করেছেন বলে ধারণা করা হচ্ছে। তিনি আমার উপস্থিতিতে এই নথিতে স্বাক্ষর করেছেন (বা অন্যকে তার পক্ষে স্বাক্ষর করতে বলেছেন)।

সাক্ষী 1

তারিখ _____

নাম (মুদ্রণ) _____

স্বাক্ষর _____

ঠিকানা _____

সাক্ষী 2

তারিখ _____

নাম (মুদ্রণ) _____

স্বাক্ষর _____

ঠিকানা _____



Department
of Health