

मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध (Request for Medication to End My Life)

गवाहों की घोषणा

रोगी का नाम: _____ ("रोगी")

मैं, _____ (गवाह 1 का नाम), और
मैं, _____ (गवाह 2 का नाम), प्रत्येक यह घोषणा करते हैं
कि इस "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" पर हस्ताक्षर करने वाला व्यक्ति:

- व्यक्तिगत रूप से मेरे परिचित हैं या उन्होंने अपनी पहचान का प्रमाण प्रस्तुत किया है;
- ने मेरी उपस्थिति में स्वेच्छा से "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" पर हस्ताक्षर किए हैं या मेरे सामाने स्वीकार किया है कि उन्होंने इस पर हस्ताक्षर किए हैं; और
- मेरी सर्वोत्तम जानकारी और मान्यता के अनुसार, निर्णय लेने की क्षमता रखते हैं और स्वेच्छा से, अपनी मर्जी से "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" कर रहे हैं और उन पर "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" पर हस्ताक्षर करने के लिए कोई दबाव नहीं डाला जा रहा है।

मैं "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का अटेन्डिंग फ़िज़िशियन या कंसल्टिंग फ़िज़िशियन नहीं हूँ, और न ही वह मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर हूँ जिसने "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" पर हस्ताक्षर किए जाने के समय "मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध" पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति के लिए निर्णय लेने की क्षमता का निर्धारण प्रदान किया था।

मैं इसके आगे झूठी गवाही के दंड के अधीन यह घोषणा करता/करती हूँ कि यहाँ दिए गए कथन सत्य और सही हैं और यहाँ दिए गए झूठे बयान दंडनीय हैं।

इसके आगे मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैं:

- रोगी से रक्त, विवाह या दत्तक लिए जाने के द्वारा संबंधित नहीं हूँ;
- किसी भी वसीयत के तहत या कानून के संचालन द्वारा रोगी की मृत्यु पर उनकी संपत्ति के किसी भी हिस्से का/की हक़दार नहीं हूँ, और न ही मैं किसी अन्य रूप से रोगी की मृत्यु से वित्तीय लाभ प्राप्त करने की स्थिति में हूँ;
- उस स्वास्थ्य सेवा केंद्र का/की मालिक, संचालक, कर्मचारी या स्वतंत्र ठेकेदार नहीं हूँ जहाँ रोगी का इलाज चल रहा है या वे निवासी हैं;
- रोगी का/की डोमेस्टिक पार्टनर नहीं हूँ, जैसा कि न्यूयॉर्क के पारिवारिक स्वास्थ्य सेवा निर्णय कानून (Family Health Care Decisions Act), सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (Public Health Law) सेक्शन 2994-a(7) में परिभाषित है;
- सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून सेक्शन 2980(5) के तहत मरीज़ का/की स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी नहीं हूँ; या
- रोगी का/की पावर ऑफ़ एटर्नी, सामान्य दायित्व कानून (General Obligations Law) सेक्शन 5-1501(2) के तहत कोई एजेंट नहीं हूँ।

गवाह 1 के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

पता: _____

गवाह 2 के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

पता: _____

मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध

मैं, _____ (रोगी का नाम), न्यूयॉर्क राज्य का/की एक वयस्क निवासी हूँ जिसका _____ (लाइलाज बीमारी या स्थिति का नाम), जो कि एक लाइलाज बीमारी या स्थिति है, से ग्रस्त होने का निदान किया गया है। मेरे अटेन्डिंग फ़िज़िशियन ने निर्धारित किया है, और एक कंसल्टिंग फ़िज़िशियन ने इसकी पुष्टि की है, कि मेरी लाइलाज बीमारी या स्थिति एक असाध्य और अपरिवर्तनीय बीमारी या स्थिति है जो उचित चिकित्सा निर्णय के अनुसार, उपचार दिए जाने या न दिए जाने की स्थिति में छह महीने के भीतर मृत्यु का कारण बनेगी।

मेरे अटेन्डिंग फ़िज़िशियन, कंसल्टिंग फ़िज़िशियन और एक मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर इस बात से सहमत हैं कि मुझमें निर्णय लेने की क्षमता है, जिसका अर्थ है कि मैं मृत्यु में चिकित्सा सहायता (Medical Aid in Dying) की प्रकृति और परिणामों को समझता/समझती हूँ, जिसमें इसके लाभ, जोखिम और विकल्प शामिल हैं, और मुझमें मृत्यु में चिकित्सा सहायता के बारे में एक सूचित निर्णय लेने और अपने निर्णय को अपने अटेन्डिंग फ़िज़िशियन तक पहुँचाने की क्षमता है।

मुझे मेरे निदान और रोग के पूर्वानुमान, निर्धारित की जाने वाली दवा की प्रकृति और संभावित संबंधित जोखिमों, अपेक्षित परिणाम, और व्यवहार्य विकल्पों तथा उपचार के विकल्पों के बारे में पूरी जानकारी दी गई है, जिसमें प्रशामक देखभाल और हॉस्पिस केयर शामिल हैं लेकिन ये इन्हीं तक सीमित नहीं हैं।

मैं अनुरोध करता/करती हूँ कि मेरे अटेन्डिंग फ़िज़िशियन ऐसी दवा लिखें जो मेरे द्वारा इसे लेना चुनने पर मेरा जीवन समाप्त कर देगी, और मैं अपने अटेन्डिंग फ़िज़िशियन को अपने अनुरोध के बारे में किसी अन्य फ़िज़िशियन या किसी फार्मासिस्ट से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

किसी एक के पास आद्याक्षर करें:

(_____) मैंने अपने परिवार के एक या अधिक सदस्यों को अपने निर्णय की सूचना दे दी है या देने का इरादा रखता/रखती हूँ।

(_____) मैंने अपने परिवार के किसी भी सदस्य को अपने निर्णय की सूचना न देने का फैसला किया है।

(_____) मेरा कोई रिश्तेदार नहीं है जिसे मुझे अपने निर्णय की सूचना देनी है।

मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे किसी भी समय इस अनुरोध को रद्द करने या दवा का उपयोग करने से इनकार करने का अधिकार है।

मैं इस अनुरोध के महत्व को समझता/समझती हूँ, और मैं अपेक्षा करता/करती हूँ कि यदि मैं निर्धारित की जाने वाली दवा लेता/लेती हूँ तो मेरी मृत्यु हो जाएगी। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि यद्यपि अधिकांश मौतें तीन घंटे के भीतर हो जाती हैं, मेरी मृत्यु में अधिक समय लग सकता है, और मेरे अटेन्डिंग फ़िज़िशियन ने मुझे इस संभावना के बारे में परामर्श दिया है।

मैं यह अनुरोध स्वेच्छा से, अपनी मर्जी से और बिना किसी दबाव के करता/करती हूँ, और मैं अपने कार्यों की पूरी जिम्मेदारी स्वीकार करता/करती हूँ।

हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

गवाह 1 (इस “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” के साथ “गवाहों की घोषणा” संलग्न है)

हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

नाम (स्पष्ट अक्षरों में): _____

पता: _____

गवाह 2 (इस “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” के साथ “गवाहों की घोषणा” संलग्न है)

हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

नाम (स्पष्ट अक्षरों में): _____

पता: _____

दुभाषिए की घोषणा (यदि लागू हो)

रोगी का नाम: _____ (“रोगी”)

मैं, _____ (दुभाषिए का नाम):

(नीचे दिए गए दो विकल्पों में से किसी एक पर सही का निशान लगाएं)

- ☐ उस रोगी के लिए जिनकी बातचीत या परामर्श अथवा अनुवादित बातचीत या परामर्श अंग्रेजी के अलावा किसी अन्य भाषा में आयोजित किए गए थे और “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” अंग्रेजी में है: मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैं अंग्रेजी और _____ (“हिन्दी”) में निपुण हूँ। मेरे पास अटेन्डिंग या कन्सल्टिंग फ़िज़िशियन और रोगी के बीच साझा की गई जानकारी और संवाद को प्रभावी ढंग से, सटीक रूप से और निष्पक्ष रूप से अनुवाद करने में सक्षम होने के लिए आवश्यक भाषा और दुभाषिया कौशल है।
- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि _____ (दिनांक/समय) को, मैंने अपनी सर्वोत्तम जानकारी और क्षमता के अनुसार फ़िज़िशियन और रोगी के बीच संप्रेषित बातचीत और जानकारी का निष्पक्ष रूप से तथा सटीक व पूर्ण रूप से अनुवाद किया और रोगी को लक्ष्य भाषा में “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” पढ़कर सुनाया।
- रोगी ने मेरे समक्ष स्वेच्छा से, अपनी मर्जी से और बिना किसी दबाव के “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” पर हस्ताक्षर करने की अपनी इच्छा की पुष्टि की।
- ☐ वाक, श्रवण या दृष्टि संबंधी दिव्यांगता वाले रोगी के लिए: मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पास रोगी के साथ संवाद करने और उपस्थित या परामर्शदाता फ़िज़िशियन और रोगी के बीच साझा की गई जानकारी और संचार को प्रभावी, सटीक और निष्पक्ष रूप से पढ़ने और/या अनुवाद करने के लिए आवश्यक भाषा, पठन और/या दुभाषिया कौशल है।
- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि _____ (दिनांक/समय) को, मैंने अपनी सर्वोत्तम जानकारी और क्षमता के अनुसार निष्पक्ष रूप से तथा सटीक व पूर्ण रूप से फ़िज़िशियन और रोगी के बीच संप्रेषित बातचीत और जानकारी का अनुवाद किया और, जहाँ प्रभावी संचार के लिए आवश्यक था, रोगी को “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” पढ़कर सुनाया या अनुवाद किया।
- रोगी ने मेरे समक्ष स्वेच्छा से, अपनी मर्जी से और बिना किसी दबाव के “मेरा जीवन समाप्त करने के लिए दवा का अनुरोध” पर हस्ताक्षर करने की अपनी इच्छा की पुष्टि की।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैं:

1. रोगी से रक्त, विवाह या दत्तक लिए जाने के द्वारा संबंधित नहीं हूँ;
2. किसी भी वसीयत के तहत या कानून के संचालन द्वारा रोगी की मृत्यु पर रोगी की संपत्ति के किसी भी हिस्से का हकदार नहीं हूँ, और न ही मैं किसी अन्य रूप से रोगी की मृत्यु से वित्तीय लाभ प्राप्त करने की स्थिति में हूँ;
3. उस स्वास्थ्य सेवा केंद्र का/की मालिक, संचालक, कर्मचारी या स्वतंत्र ठेकेदार नहीं हूँ जहाँ रोगी का इलाज चल रहा है या वे निवासी हैं; या मैं ऐसे स्वास्थ्य सेवा केंद्र में अपने कार्य विवरण के भाग के रूप में दुभाषिया सेवाएँ प्रदान कर रहा/रही हूँ; या मुझे दुभाषिया सेवाएँ प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित किया गया है और रोगी ने अनुरोध किया था कि मैं इस घोषणा में बताए गए उद्देश्यों के लिए दुभाषिया सेवाएँ प्रदान करूँ;
4. रोगी का/की डोमेस्टिक पार्टनर नहीं हूँ, जैसा कि न्यूयॉर्क के पारिवारिक स्वास्थ्य सेवा निर्णय कानून (Family Health Care Decisions Act), सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (Public Health Law) सेक्शन 2994-a(7) में परिभाषित है;
5. सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून सेक्शन 2980(5) के तहत मरीज़ का/की स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी नहीं हूँ; या
6. रोगी के पावर ऑफ एटर्नी, जनरल ऑब्लिगेशन्स लॉ (General Obligations Law) सेक्शन 5-1501(2) के तहत कोई एजेंट नहीं हूँ।

मैं आगे यह घोषणा करता/करती हूँ कि यह घोषणा सत्य और सही है, और इस घोषणा में किए गए झूठे बयान झूठी गवाही के दंड के तहत दंडनीय हैं।

निष्पादित करने का स्थान: _____ (शहर, काउंटी और राज्य)

हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

नाम (स्पष्ट अक्षरों में): _____

वह संस्थान जहाँ दुभाषिए को प्रशिक्षित किया गया था: _____

उस संस्थान का पता जहाँ दुभाषिए को प्रशिक्षित किया गया था: _____

दुभाषिए द्वारा बोली जाने वाली लक्ष्य भाषा: _____