NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
प्राथमिक स्याहार तथा स्वास्थ्य प्रणाली व्यवस्थापन कार्यालय
(Office of Primary Care and Health Systems Management)

मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध
(Request for Medication to End My Life)

साक्षीहरूको घोषणा

बिरामीको नाम: ____ ("बिरामी")

म, ____________________________________ (साक्षी 1 को नाम),
र म, ____________________________________ (साक्षी 2 को नाम), प्रत्येकले यो घोषणा गर्दछौँ कि यो "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति:

1. मलाई व्यक्तिगत रूपमा परिचित हुनुहुन्छ वा उहाँले आफ्नो पहिचानको प्रमाण उपलब्ध गराउनुभएको छ;
2. मेरो उपस्थितिमा स्वेच्छाले "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्नुभएको छ वा आफूले हस्ताक्षर गरेको भनी मलाई स्वीकार गर्नुभएको छ; र
3. मेरो पूर्ण जानकारी र विश्वास अनुसार उहाँमा निर्णय लिने क्षमता छ र स्वेच्छाले, व्यक्तिको आफ्नै इच्छा अनुसार "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" गर्दै हुनुहुन्छ तथा "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्न कुनै दबाब वा बाध्यता दिइएको छैन।

म "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गरिएको समयमा "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको उपचारमा संलग्न चिकित्सक वा परामर्शदाता चिकित्सक होइन वा "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको निर्णय लिने क्षमता निर्धारण गर्ने मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ पनि होइन।

म झुट्टा बयान ठहरे सजाय अन्तर्गत यहाँ गरिएका विवरणहरू सत्य र सही छन् तथा यहाँ गरिएका झुट्टा विवरणहरू दण्डनीय छन् भन्ने थप घोषणा गर्दछु।

म थप घोषणा गर्दछु कि म:

1. रगतको नाता, विवाह वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्रीको रूपमा बिरामीसँग सम्बन्धित छैन;
2. कुनै इच्छापत्र वा कानूनको कार्यान्वयन बमोजिम बिरामीको मृत्युपछि उहाँको सम्पत्तिको कुनै पनि भाग पाउने हकदार छैन, र म अन्य कुनै पनि रूपमा बिरामीको मृत्युबाट आर्थिक लाभ लिने स्थितिमा छैन;
3. बिरामीले उपचार प्राप्त गरिरहनुभएको वा बसोबास गरिरहनुभएको स्वास्थ्य स्याहार सुविधाको मालिक, सञ्चालक, कर्मचारी वा स्वतन्त्र सम्झौताकर्ता होइन;
4. न्युयोर्कको पारिवारिक स्वास्थ्य स्याहार निर्णय ऐन (Family Health Care Decisions Act), जनस्वास्थ्य कानूनको (Public Health Law) दफा 2994-a(7) मा परिभाषित गरिए अनुसार बिरामीको घरेलु साझेदार होइन;
5. बिरामीको स्वास्थ्य स्याहार प्रतिनिधि, जनस्वास्थ्य कानूनको दफा 2980(5) अन्तर्गतको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट होइन; वा
6. बिरामीको वारेसनामा, सामान्य दायित्व कानूनको (General Obligations Law) दफा 5-1501(2) अन्तर्गतको एजेन्ट होइन।

साक्षी 1 को हस्ताक्षर: ____________________________________ मिति: ____________
ठेगाना: ____

साक्षी 2 को हस्ताक्षर: ____________________________________ मिति: ____________
ठेगाना: ____

मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध

म, ____ (बिरामीको नाम), न्युयोर्क राज्यको एक वयस्क बासिन्दा हुँ र मलाई ____ (अन्तिम चरणको प्राणघातक रोग वा अवस्थाको नाम), एक अन्तिम चरणको घातक रोग वा अवस्था भएको पहिचान गरिएको छ। मेरा उपचारमा संलग्न चिकित्सकले निर्धारण गर्नुभएको छ र परामर्शदाता चिकित्सकले पुष्टि गर्नुभएको छ कि मेरो अन्तिम चरणको घातक रोग वा अवस्था एक निको नहुने र उल्ट्याउन नसकिने रोग वा अवस्था हो जसले उचित चिकित्सकीय मूल्याङ्कन अनुसार, उपचार गरिए पनि वा नगरिए पनि छ महिनाभित्र मृत्यु निम्त्याउनेछ।

मेरा उपचारमा संलग्न चिकित्सक, परामर्शदाता चिकित्सक र एक मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ सहमत हुनुहुन्छ कि मसँग निर्णय लिने क्षमता छ, जसको अर्थ हो कि म फाइदा, जोखिम र विकल्पहरू सहित मृत्युवरणमा चिकित्सकीय सहायताको (Medical Aid in Dying) प्रकृति र परिणामहरू बुझ्दछु र मूल्याङ्कन गर्दछु, र मसँग मृत्युवरणमा चिकित्सकीय सहायताको बारेमा सुसूचित निर्णय लिने तथा मेरो निर्णय मेरा उपचारमा संलग्न चिकित्सकलाई जानकारी गराउने क्षमता छ।

मलाई मेरो रोगको पहिचान र सम्भावित परिणाम, सिफारिस गरिने औषधिको प्रकृति र सम्भावित सम्बन्धित जोखिमहरू, अपेक्षित परिणाम, र उपशामक स्याहार तथा हस्पिस स्याहार लगायत तर यसमा मात्र सीमित नभई सम्भाव्य विकल्पहरू र उपचारका विकल्पहरूको बारेमा पूर्ण रूपमा जानकारी गराइएको छ।

म मेरा उपचारमा संलग्न चिकित्सकलाई मैले औषधि सेवन गर्ने छनौट गरेमा मेरो जीवन अन्त्य गर्ने औषधि सिफारिस गर्न अनुरोध गर्दछु र म मेरा उपचारमा संलग्न चिकित्सकलाई मेरो अनुरोधको सम्बन्धमा अर्को चिकित्सक वा कुनै पनि औषधिविद्सँग सम्पर्क गर्न अधिकृत गर्दछु।

कुनै एक रोज्नुहोस्:

(______) मैले मेरो निर्णयको बारेमा आफ्नो परिवारका एक वा बढी सदस्यहरूलाई जानकारी गराएको छु वा जानकारी गराउने विचार गरेको छु।

(______) मैले मेरो निर्णयको बारेमा आफ्नो परिवारको कुनै पनि सदस्यलाई जानकारी नगराउने निर्णय गरेको छु।

(______) मेरो निर्णयको बारेमा जानकारी गराउन मेरो कुनै परिवार छैन।

मैले आफूलाई कुनै पनि समयमा यो अनुरोध फिर्ता लिन वा औषधि प्रयोग गर्न अस्वीकार गर्ने अधिकार छ भन्ने बुझेको छु।

म यस अनुरोधको महत्त्व बुझ्दछु र मैले सिफारिस गरिने औषधि सेवन गरेमा मेरो मृत्यु हुनेछ भन्ने म अपेक्षा गर्दछु। म थप बुझ्दछु कि यद्यपि अधिकांश मृत्युहरू तीन घण्टाभित्र हुन्छन्, मेरो मृत्यु हुन लामो समय लाग्न सक्छ, र मेरा उपचारमा संलग्न चिकित्सकले मलाई यो सम्भावनाको बारेमा परामर्श दिनुभएको छ।

म यो अनुरोध स्वेच्छाले, आफ्नै इच्छा अनुसार र कुनै दबाब वा बाध्यता बिना गर्दैछु, र म आफ्ना कार्यहरूको पूर्ण जिम्मेवारी स्वीकार गर्दछु।

हस्ताक्षर: ____ मिति: ____________

साक्षी 1 (यो “मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध” सँग “साक्षीहरूको घोषणा” संलग्न गरिएको छ)

हस्ताक्षर: ____ मिति: ____________

नाम (प्रष्ट अक्षरमा): ____

ठेगाना: ____

साक्षी 2 (यो “मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध” सँग “साक्षीहरूको घोषणा” संलग्न गरिएको छ)

हस्ताक्षर: ____ मिति: ____________

नाम (प्रष्ट अक्षरमा): ____

ठेगाना: ____

दोभासेको घोषणा (लागू हुने भएमा)

बिरामीको नाम: ____ ("बिरामी")

म, ____ (दोभासेको नाम):

(तलका दुई विकल्पहरू मध्ये एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्)

☐ अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा कुराकानी वा परामर्श वा दोभासेमार्फत कुराकानी वा परामर्श गरिएका र "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" अङ्ग्रेजीमा भएका बिरामीका लागि: म घोषणा गर्दछु कि म अङ्ग्रेजी र __________________ ("लक्षित भाषा") मा धाराप्रवाह रूपमा दक्ष छु। उपचारमा संलग्न वा परामर्शदाता चिकित्सक र बिरामीबीच साझा गरिएका जानकारी तथा सञ्चारलाई प्रभावकारी, सही र निष्पक्ष रूपमा उल्था गर्न मसँग आवश्यक भाषा र दोभासे सीप छ।

म प्रमाणित गर्दछु कि मिति ________________________ (मिति/समय) मा, मैले चिकित्सक र बिरामीबीच आदानप्रदान भएका सञ्चार तथा जानकारीलाई निष्पक्ष रूपमा र मेरो पूर्ण ज्ञान र क्षमताले भ्याएसम्म सही र पूर्ण रूपमा उल्था गरेँ र बिरामीलाई लक्षित भाषामा "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" पढेर सुनाएँ।

बिरामीले आफ्नै स्वेच्छाले, बिरामीको आफ्नै इच्छा अनुसार र कुनै दबाब वा बाध्यता बिना "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्ने आफ्नो इच्छा मसँग पुष्टि गर्नुभयो।

☐ बोलाइ, सुनाइ वा दृष्टिसम्बन्धी अपाङ्गता भएका बिरामीका लागि: म घोषणा गर्दछु कि बिरामीसँग सञ्चार गर्न र उपचारमा संलग्न वा परामर्शदाता चिकित्सक र बिरामीबीच साझा गरिएका जानकारी तथा सञ्चारलाई प्रभावकारी, सही र निष्पक्ष रूपमा पढ्न र/वा उल्था गर्न मसँग आवश्यक भाषा, पठन र/वा दोभासे सीप छ।

म प्रमाणित गर्दछु कि मिति ____________________ (मिति/समय) मा, मैले चिकित्सक र बिरामीबीच आदानप्रदान भएका सञ्चार तथा जानकारीलाई निष्पक्ष रूपमा र मेरो पूर्ण ज्ञान र क्षमताले भ्याएसम्म सही र पूर्ण रूपमा उल्था गरेँ र प्रभावकारी सञ्चारको लागि आवश्यक पर्ने ठाउँमा, बिरामीलाई "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" पढेर सुनाएँ वा उल्था गरेँ।

बिरामीले आफ्नै स्वेच्छाले, बिरामीको आफ्नै इच्छा अनुसार र कुनै दबाब वा बाध्यता बिना "मेरो जीवन अन्त्य गर्न औषधिको लागि अनुरोध" मा हस्ताक्षर गर्ने आफ्नो इच्छा मसँग पुष्टि गर्नुभयो।

म घोषणा गर्दछु कि म:

1. रगतको नाता, विवाह वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्रीको रूपमा बिरामीसँग सम्बन्धित छैन;
2. कुनै इच्छापत्र वा कानूनको कार्यान्वयन बमोजिम बिरामीको मृत्युपछि बिरामीको सम्पत्तिको कुनै पनि भाग पाउने हकदार छैन, र म अन्य कुनै पनि रूपमा बिरामीको मृत्युबाट आर्थिक लाभ लिने स्थितिमा छैन;
3. बिरामीले उपचार प्राप्त गरिरहनुभएको वा बसोबास गरिरहनुभएको स्वास्थ्य स्याहार सुविधाको मालिक, सञ्चालक, कर्मचारी वा स्वतन्त्र सम्झौताकर्ता होइन; वा त्यस्तो स्वास्थ्य स्याहार सुविधामा म मेरो कार्य विवरणको अंशको रूपमा दोभासे सेवाहरू प्रदान गर्दैछु वा मलाई दोभासे सेवाहरू प्रदान गर्न तालिम दिइएको छ र बिरामीले यस घोषणामा उल्लिखित उद्देश्यहरूका लागि मैले दोभासे सेवा प्रदान गर्न अनुरोध गर्नुभएको छ;
4. न्युयोर्कको पारिवारिक स्वास्थ्य स्याहार निर्णय ऐन (Family Health Care Decisions Act), जनस्वास्थ्य कानूनको (Public Health Law) दफा 2994-a(7) मा परिभाषित गरिए अनुसार बिरामीको घरेलु साझेदार होइन;
5. बिरामीको स्वास्थ्य स्याहार प्रतिनिधि, जनस्वास्थ्य कानूनको दफा 2980(5) अन्तर्गतको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट होइन; वा
6. बिरामीको वारेसनामा, सामान्य दायित्व कानूनको (General Obligations Law) दफा 5-1501(2) अन्तर्गतको एजेन्ट होइन।

म थप घोषणा गर्दछु कि यो घोषणा सत्य र सही छ, र यस घोषणामा गरिएका झुट्टा विवरणहरू शपथपूर्वक झुट्टा बयान गरे बापत हुने सजाय अन्तर्गत दण्डनीय छन्।

सम्पन्न गरिएको स्थान: ____ (शहर, काउन्टी र राज्य)

हस्ताक्षर: ____ मिति: ____________

नाम (प्रष्ट अक्षरमा): ____

दोभासेले तालिम प्राप्त गरेको संस्था: ____

दोभासेले तालिम प्राप्त
गरेको संस्थाको ठेगाना: ____

दोभासेले बोल्ने लक्षित भाषा: ____