

Tangazo la Mashahidi

Jina la mgonjwa: _____ (“Mgonjwa”)

Mimi, _____ (Jina la Shahidi wa 1), na

Mimi, _____ (Jina la Shahidi wa 2), kila mmoja

tunatangaza kwamba mtu anayetia saini hati hii ya “Ombi la Dawa ya Kuniua”:

1. ninamjua binafsi au ametoa uthibitisho wa utambulisho;
2. ametia saini kwa hiari yake hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” nikiwepo au amenithibitishia kwamba ametia saini; na
3. kadri ya ufahamu na imani yangu, ana uwezo wa kufanya uamuzi na anaomba “Ombi la Dawa ya Kuniua” kwa hiari, kwa kutaka kwake na halazimishwi kutia saini hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua.”

Mimi si daktari ninayemtibu au daktari mshauri wa mtu anayetia saini hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” au mtaalamu wa afya ya akili aliyethibitisha uwezo wa kufanya uamuzi wa mtu anayetia saini hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” wakati ambapo hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” ilitiwa saini.

Ninatangaza zaidi chini ya adhabu ya kusema uongo kwamba taarifa zilizotolewa hapa ni za kweli na sahihi na taarifa za uongo zilizotolewa hapa zinaweza kuadhibiwa.

Ninatangaza zaidi kwamba mimi:

1. sihusiani na Mgonjwa kwa damu, ndoa au kwa kupanga;
2. sina haki ya kurithi sehemu yoyote ya mali ya Mgonjwa baada ya kifo chake chini ya wasia wowote au kisheria, na vinginevyo sina nafasi yoyote ya kufaidika kifedha kutokana na kifo cha Mgonjwa;
3. si mmiliki, mwendeshaji, mfanyakazi au mkandarasi wa kujitegemea wa kituo cha huduma ya afya ambako Mgonjwa anapokea matibabu au amelazwa;
4. si mwenzi wa nyumbani wa Mgonjwa, kama inavyofafanuliwa katika Sheria ya New York ya Maamuzi ya Huduma ya Afya ya Familia (Family Health Care Decisions Act), Sheria ya Afya ya Umma (Public Health Law) Kifungu cha 2994-a(7);
5. si ajenti wa huduma ya afya chini ya wakala wa huduma ya afya wa Mgonjwa, Sheria ya Afya ya Umma Kifungu cha 2980(5); au
6. si ajenti chini ya mamlaka ya uwakili wa Mgonjwa, Sheria ya Majukumu ya Kawaida (General Obligations Law) Kifungu cha 5-1501(2).

Saini ya Shahidi wa 1: _____ Tarehe: _____

Anwani: _____

Saini ya Shahidi wa 2: _____ Tarehe: _____

Anwani: _____

Ombi la Dawa ya Kuniua

Mimi, _____ (Jina la mgonjwa), ni mtu mzima mkazi wa Jimbo la New York ambaye amepatikana na _____ (Jina la hali au ugonjwa wa kufisha), hali au ugonjwa wa kufisha. Daktari anayenitibu ametambua, na daktari mshauri amethibitisha kwamba hali au ugonjwa wangu wa kufisha ni hali au ugonjwa usio na tiba au usiopona ambao kulingana na uamuzi wa busara wa kimatibabu, husababisha kifo ndani ya miezi sita iwe kwa matibabu au bila matibabu.

Daktari anayenitibu, daktari mshauri na mtaalamu wa afya ya akili wanakubaliana kwamba nina uwezo wa kufanya uamuzi, inayomaanisha kwamba ninaelewa na ninakubali hali na matokeo ya Msaada wa Kimatibabu wa Kufa (Medical Aid in Dying), ikijumuisha manufaa, hatari na chaguo nyinginezo, na nina uwezo wa kufanya uamuzi wa ufahamu kuhusu Msaada wa Kimatibabu wa Kufa na kumweleza daktari anayenitibu kuhusu uamuzi wangu.

Nimefahamishwa kikamilifu kuhusu ugonjwa wangu na ubashiri wake, hali ya matibabu ya kuagizwa na hatari zinazohusiana zinazoweza kutokea, matokeo yanayotarajiwa na chaguo nyinginezo zinazoweza kutokea na chaguo cha matibabu, ikiwa ni pamoja na, lakini si tu matibabu ya kutuliza na matunzo ya wagonjwa mahututi.

Ninaomba kwamba daktari anayenitibu aagize dawa ya kuniua kama nitachagua kuitumia, na ninampa idhini daktari anayenitibu awasiliane na daktari mwingine au muuza dawa yeyote kuhusu ombi langu.

Chagua Moja:

(_____) Nimefahamisha au nina nia ya kufahamisha mwanafamilia wangu mmoja au wengi kuhusu uamuzi wangu.

(_____) Nimeamua kutofahamisha mwanafamilia wangu yeyote kuhusu uamuzi wangu.

(_____) Sina familia ya kuifahamisha kuhusu uamuzi wangu.

Ninaelewa kwamba nina haki ya kufuta ombi hili au kukataa kutumia dawa hiyo wakati wowote.

Ninaelewa umuhimu wa ombi hili na ninatarajia kufa kama nitatumia dawa itakayoagizwa. Ninaelewa zaidi kwamba ingawa vifo vingi hutokea ndani ya saa tatu, kifo changu kinaweza kuchukua muda mrefu, na daktari anayenitibu amenishauri kuhusu uwezekano huu.

Ninaomba ombi hili kwa hiari, kwa kutaka kwangu na bila kulazimishwa, na ninakubali kuwajibikia kikamilifu vitendo vyangu.

Saini: _____ Tarehe: _____

Shahidi wa 1 ("Tangazo la Mashahidi" limeambatishwa kwenye hati hii ya "Ombi la Dawa ya Kuniua")

Saini: _____ Tarehe: _____

Jina (Herufi kubwa): _____

Anwani: _____

Shahidi wa 2 ("Tangazo la Mashahidi" limeambatishwa kwenye hati hii ya "Ombi la Dawa ya Kuniua")

Saini: _____ Tarehe: _____

Jina (Herufi kubwa): _____

Anwani: _____

Tangazo la Mkalimani (Kama anahusika)

Jina la mgonjwa: _____ (“Mgonjwa”)

Mimi, _____ (Jina la Mkalimani):

(Chagua moja kati ya mbili hapa chini)

- ☐ wa Mgonjwa ambaye mazungumzo au mashauriano au mazungumzo au mashauriano yake yaliyokalimaniwa yalifanywa kwa lugha nyingine isiyo Kiingereza na hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” iko katika Kiingereza: Ninatangaza kwamba nina ufasaha wa lugha ya Kiingereza na _____ (“Kiswahili”). Nina ujuzi unaohitajika wa lugha na ukalimani wa kuweza kukalimani vizuri, kwa usahihi na bila upendeleo taarifa zilizotolewa na mawasiliano kati ya daktari anayetibu au daktari mshauri na Mgonjwa.

Ninathibitishwa kwamba tarehe _____ (Tarehe/Saa), nilikalimani mawasiliano na taarifa zilizotolewa kati ya daktari na Mgonjwa bila upendeleo na kwa usahihi na kikamilifu kadri ya ufahamu na uwezo wangu na nilimsomea Mgonjwa hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” kwa Kiswahili.

- ☐ Mgonjwa alithibitisha kwangu tamani lake la kutia saina hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” kwa hiari, kwa kutaka kwa Mgonjwa na bila kulazimishwa.

wa Mgonjwa mwenye shida ya usemi, kusikia au kuona: Ninatangaza kwamba nina ujuzi unaohitajika wa lugha, kusoma na/au ukalimani wa kuwasiliana na Mgonjwa na kuweza kusoma na/au kukalimani vizuri, kwa usahihi na bila upendeleo taarifa zilizotolewa na mawasiliano kati ya daktari anayetibu au daktari mshauri na Mgonjwa.

Ninathibitishwa kwamba tarehe _____ (Tarehe/Saa), nilikalimani mawasiliano na taarifa zilizotolewa kati ya daktari na Mgonjwa bila upendeleo na kwa usahihi na kikamilifu kadri ya ufahamu na uwezo wangu na, palipohitajika kwa mawasiliano mazuri, nilimsomea au kumkalimania Mgonjwa hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua”.

Mgonjwa alithibitisha kwangu tamani lake la kutia saina hati ya “Ombi la Dawa ya Kuniua” kwa hiari, kwa kutaka kwa Mgonjwa na bila kulazimishwa.

Ninatangaza kwamba mimi:

1. sihusiani na Mgonjwa kwa damu, ndoa au kwa kupanga;
2. sina haki ya kurithi sehemu yoyote ya mali ya Mgonjwa baada ya kifo cha Mgonjwa chini ya wasia wowote au kisheria, na vinginevyo sina nafasi yoyote ya kufaidika kifedha kutokana na kifo cha Mgonjwa;
3. si mmiliki, mwendeshaji, mfanyakazi au mkandarasi wa kujitegemea wa kituo cha afya ambako Mgonjwa anapokea matibabu au amelazwa; au kwamba ninatoa huduma ya ukalimani kama sehemu ya kazi yangu katika kituo hicho cha afya; au kwamba nimefunzwa kutoa huduma za ukalimani na Mgonjwa aliomba nitoe huduma za ukalimani kwa makusudi yaliyoelezwa katika Tangazo hili;
4. si mwenzi wa nyumbani wa Mgonjwa, kama inavyofafanuliwa katika Sheria ya New York ya Maamuzi ya Huduma ya Afya ya Familia (Family Health Care Decisions Act), Sheria ya Afya ya Umma (Public Health Law) Kifungu cha 2994-a(7);
5. si ajenti wa huduma ya afya chini ya wakala wa huduma ya afya wa Mgonjwa, Sheria ya Afya ya Umma (Public Health Law) Kifungu cha 2980(5); au
6. si ajenti chini ya mamlaka ya uwakilishi wa Mgonjwa, Sheria ya Majukumu ya Kawaida (General Obligations Law) Kifungu cha 5-1501(2).

Ninatangaza zaidi kwamba Tangazo hili ni la kweli na sahihi, na kwamba taarifa za uongo zilizotolewa kwenye Tangazo hili zinaweza kuadhibiwa chini ya adhabu ya kusema uongo.

Ilifanyika katika: _____ (Jiji, Kaunti na Jimbo)

Saini: _____ Tarehe: _____

Jina (Herufi kubwa): _____

Taasisi alikosomea Mkalimani: _____

Anwani ya taasisi alikosomea Mkalimani: _____

Lugha Lengwa Inayozungumzwa na Mkalimani: _____