میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست
(Request for Medication to End My Life)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
دفتر برائے بنیادی نگہداشت اور نظم و نسق نظام ہائے صحت
(Office of Primary Care and Health Systems Management)

گواہوں کا اعلان

مریض کا نام: ______________________ ("مریض")

میں، ______________________ (گواہ 1 کا نام)، اور

میں، ______________________ (گواہ 2 کا نام)، ہم میں سے ہر ایک

یہ اعلان کرتا ہے کہ اس "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کرنے والا شخص:

1. ذاتی طور پر میرا شناسا ہے یا اس نے شناخت کا ثبوت فراہم کیا ہے؛
2. میری موجودگی میں رضاکارانہ طور پر "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کیے ہیں یا مجھ سے اقرار کیا ہے کہ اس نے اس پر دستخط کیے ہیں؛ اور
3. میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق، فیصلہ سازی کی صلاحیت رکھتا ہے اور اپنی آزاد مرضی سے رضاکارانہ طور پر "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" کر رہا ہے اور اسے "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کرنے کے لیے کسی جبر یا دباؤ کا نشانہ نہیں بنایا جا رہا ہے۔

میں اس "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کرنے والے شخص کا نگران معالج یا مشاورتی معالج نہیں ہوں اور نہ ہی دماغی صحت کا وہ پیشہ ور ماہر ہوں جس نے "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کے وقت اس پر دستخط کرنے والے شخص کی فیصلہ سازی کی صلاحیت کا تعین کیا ہو۔

میں جھوٹ کی سزا کے تحت مزید اعلان کرتا ہوں کہ اس دستاویز میں دیے گئے بیانات سچے اور درست ہیں اور اس میں درج غلط بیانات قابلِ سزا ہیں۔

میں مزید اعلان کرتا ہوں کہ:

1. میرا مریض کے ساتھ کوئی خونی، ازدواجی یا گود لیے جانے کا تعلق نہیں ہے؛
2. میں کسی وصیت کے تحت یا قانون کے نفاذ کی رو سے مریض کی وفات پر اس کے ترکے کے کسی بھی حصے کا حقدار نہیں ہوں، اور نہ ہی بصورتِ دیگر مریض کی موت سے مالی فائدہ حاصل کرنے کی پوزیشن میں ہوں؛
3. میں اس صحت کی نگہداشت کے مرکز کا مالک، آپریٹر، ملازم یا خودمختار ٹھیکیدار نہیں ہوں جہاں مریض زیرِ علاج ہے یا رہائشی ہے؛
4. میں مریض کا ڈومیسٹک پارٹنر نہیں ہوں، جیسا کہ نیویارک کے فیملی ہیلتھ کیئر ڈیسیژنز ایکٹ (Family Health Care Decisions Act)، پبلک ہیلتھ لا (Public Health Law) سیکشن 2994-a(7) میں بیان کیا گیا ہے؛
5. میں مریض کے صحت کی نگہداشت کے پراکسی کے تحت صحت کی نگہداشت کا ایجنٹ نہیں ہوں، پبلک ہیلتھ لا سیکشن 2980(5)؛ یا
6. میں مریض کے پاور آف اٹارنی کے تحت ایجنٹ نہیں ہوں، جنرل ابلیگیشنز لا (General Obligations Law) سیکشن 5-1501(2)۔

گواہ 1 کے دستخط: ______________________ تاریخ: ____________

پتہ: ______________________

گواہ 2 کے دستخط: ______________________ تاریخ: ____________

پتہ: ______________________

میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست

میں، ____ (مریض کا نام)، نیویارک ریاست کا ایک بالغ رہائشی ہوں جس میں ____ (آخری مرحلے کی لاعلاج بیماری یا کیفیت کا نام) کی تشخیص ہوئی ہے، جو کہ آخری مرحلے کی بیماری یا کیفیت ہے۔ میرے نگران معالج نے یہ طے کیا ہے، اور ایک مشاورتی معالج نے اس کی تصدیق کی ہے، کہ میری آخری مرحلے کی بیماری یا کیفیت ایک لاعلاج اور ناقابلِ واپسی بیماری یا کیفیت ہے جو، معقول طبی فیصلے کے مطابق، خواہ علاج فراہم کیا جائے یا نہ کیا جائے، چھ ماہ کے اندر موت کا باعث بنے گی۔

میرے نگران معالج، مشاورتی معالج، اور دماغی صحت کے پیشہ ور ماہر کا اتفاق ہے کہ میں فیصلہ سازی کی صلاحیت رکھتا ہوں، جس کا مطلب ہے کہ میں موت کے لیے طبی معاونت (Medical Aid in Dying) کی نوعیت اور نتائج، بشمول فوائد، خطرات، اور متبادلات کو سمجھتا ہوں اور ان کا ادراک رکھتا ہوں، اور میں موت کے لیے طبی معاونت کے بارے میں باخبر فیصلہ کرنے اور اپنے نگران معالج کو اپنے فیصلے سے آگاہ کرنے کی صلاحیت رکھتا ہوں۔

مجھے میری تشخیص اور بیماری کے متوقع انجام، تجویز کی جانے والی دوا کی نوعیت اور ممکنہ متعلقہ خطرات، متوقع نتیجے، اور قابلِ عمل متبادلات اور علاج کے اختیارات، بشمول لیکن بلا تحدید تسکین بخش دیکھ بھال اور ہاسپیس دیکھ بھال کے بارے میں مکمل طور پر مطلع کر دیا گیا ہے۔

میں درخواست کرتا ہوں کہ اگر میں انتخاب کروں تو میرے نگران معالج ایسی دوا تجویز کریں جو میری زندگی کا خاتمہ کر دے، اور میں اپنے نگران معالج کو اپنی درخواست کے سلسلے میں کسی دوسرے معالج یا کسی بھی فارماسسٹ سے رابطہ کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔

کسی ایک پر اپنے نام کے ابتدائی حروف ثبت کریں:

(_____) میں نے اپنے اس فیصلے سے اپنے خاندان کے ایک یا زائد افراد کو مطلع کر دیا ہے یا مطلع کرنے کا ارادہ رکھتا ہوں۔

(_____) میں نے اپنے خاندان کے کسی بھی فرد کو اپنے فیصلے سے مطلع نہ کرنے کا فیصلہ کیا ہے۔

(_____) میرا کوئی خاندان نہیں ہے جسے میں اپنے فیصلے سے مطلع کروں۔

میں سمجھتا ہوں کہ مجھے کسی بھی وقت اس درخواست کو منسوخ کرنے یا دوا کا استعمال کرنے سے انکار کرنے کا حق حاصل ہے۔

میں اس درخواست کی اہمیت کو سمجھتا ہوں، اور مجھے توقع ہے کہ اگر میں تجویز کردہ دوا لوں گا تو میری موت واقع ہو جائے گی۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ اگرچہ زیادہ تر اموات تین گھنٹے کے اندر واقع ہو جاتی ہیں، لیکن میری موت میں زیادہ وقت بھی لگ سکتا ہے، اور میرے نگران معالج نے مجھے اس امکان کے بارے میں مشاورت فراہم کی ہے۔

میں یہ درخواست رضاکارانہ طور پر، اپنی آزاد مرضی سے اور بغیر کسی جبر یا دباؤ کے کر رہا ہوں، اور اپنے اعمال کی مکمل ذمہ داری قبول کرتا ہوں۔

دستخط: ____ تاریخ: ______________

گواہ 1 ("گواہوں کا اعلان" اس "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" کے ساتھ منسلک ہے)

دستخط: ____ تاریخ: ______________

نام (واضح حروف میں): ____

پتہ: ____

گواہ 2 ("گواہوں کا اعلان" اس "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" کے ساتھ منسلک ہے)

دستخط: ____ تاریخ: ______________

نام (واضح حروف میں): ____

پتہ: ____

ترجمان کا اعلان (اگر قابلِ اطلاق ہو)

مریض کا نام: ______________________________ ("مریض")

میں، ______________________________ (ترجمان کا نام):

(نیچے دیے گئے دو اختیارات میں سے کسی ایک کا انتخاب کریں)

☐ اس مریض کے لیے جس کی بات چیت یا مشاورت یا ترجمانی شدہ بات چیت یا مشاورت انگریزی کے علاوہ کسی دوسری زبان میں کی گئی تھی اور "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" انگریزی میں ہے: میں اعلان کرتا ہوں کہ میں انگریزی اور ______________ ("ہدفی زبان") میں روانی رکھتا ہوں۔ میرے پاس نگران معالج یا مشاورتی معالج اور مریض کے درمیان شیئر کی جانے والی معلومات اور بات چیت کی مؤثر، درست اور غیر جانبدارانہ ترجمانی کرنے کی مطلوبہ لسانی اور ترجمانی کی مہارتیں موجود ہیں۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ ______________ (تاریخ/وقت) کو، میں نے معالج اور مریض کے درمیان ہونے والی بات چیت اور پہنچائی گئی معلومات کی غیر جانبدارانہ طور پر اور اپنے انتہائی علم اور صلاحیت کے مطابق درست اور مکمل ترجمانی کی اور مریض کو ہدفی زبان میں "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پڑھ کر سنائی۔

مریض نے مجھ سے رضاکارانہ طور پر، اپنی آزاد مرضی سے اور بغیر کسی جبر یا دباؤ کے "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کرنے کی اپنی خواہش کی تصدیق کی۔

☐ بولنے، سننے یا دیکھنے کی معذوری کے حامل مریض کے لیے: میں اعلان کرتا ہوں کہ میرے پاس مریض کے ساتھ بات چیت کرنے اور نگران معالج یا مشاورتی معالج اور مریض کے درمیان شیئر کی جانے والی معلومات اور بات چیت کو مؤثر، درست اور غیر جانبدارانہ طور پر پڑھنے اور/یا ترجمانی کرنے کی مطلوبہ زبان نیز پڑھنے اور/یا ترجمانی کی مہارتیں موجود ہیں۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ ______________ (تاریخ/وقت) کو، میں نے معالج اور مریض کے درمیان ہونے والی بات چیت اور پہنچائی گئی معلومات کی غیر جانبدارانہ طور پر اور اپنے انتہائی علم اور صلاحیت کے مطابق درست اور مکمل ترجمانی کی اور، جہاں مؤثر ابلاغ کے لیے ضروری تھا، مریض کو "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پڑھ کر سنائی یا اس کی ترجمانی کی۔

مریض نے مجھ سے رضاکارانہ طور پر، اپنی آزاد مرضی سے اور بغیر کسی جبر یا دباؤ کے "میری زندگی کا خاتمہ کرنے والی دوا کی درخواست" پر دستخط کرنے کی اپنی خواہش کی تصدیق کی۔

میں اعلان کرتا ہوں کہ:

1. میرا مریض کے ساتھ کوئی خونی، ازدواجی یا گود لیے جانے کا تعلق نہیں ہے؛
2. میں کسی وصیت کے تحت یا قانون کے نفاذ کی رو سے مریض کی وفات پر مریض کے ترکے کے کسی بھی حصے کا حقدار نہیں ہوں، اور نہ ہی کسی اور طرح مریض کی موت سے مالی فائدہ حاصل کرنے کی پوزیشن میں ہوں؛
3. میں صحت کی نگہداشت کے اس مرکز کا مالک، آپریٹر، ملازم یا خودمختار ٹھیکیدار نہیں ہوں جہاں مریض زیرِ علاج ہے یا رہائشی ہے؛ یا یہ کہ میں صحت کی نگہداشت کے اس مرکز میں اپنے فرائضِ منصبی کے تحت ترجمانی کی خدمات فراہم کر رہا ہوں؛ یا یہ کہ مجھے ترجمانی کی خدمات فراہم کرنے کی تربیت دی گئی ہے اور مریض نے درخواست کی ہے کہ میں اس حلفیہ بیان میں بیان کردہ مقاصد کے لیے ترجمانی کی خدمات فراہم کروں؛
4. میں مریض کا ڈومیسٹک پارٹنر نہیں ہوں، جیسا کہ نیویارک کے فیملی ہیلتھ کیئر ڈیسیژنز ایکٹ (Family Health Care Decisions Act)، پبلک ہیلتھ لا (Public Health Law) سیکشن 2994-a(7) میں بیان کیا گیا ہے؛
5. میں مریض کے صحت کی نگہداشت کے پراکسی کے تحت صحت کی نگہداشت کا ایجنٹ نہیں ہوں، پبلک ہیلتھ لا سیکشن 2980(5)؛ یا
6. میں مریض کے پاور آف اٹارنی کے تحت ایجنٹ نہیں ہوں، جنرل ابلیگیشنز لا (General Obligations Law) سیکشن 5-1501(2)۔

میں مزید اعلان کرتا ہوں کہ یہ اعلان سچا اور درست ہے، اور یہ کہ اس اعلان میں درج غلط بیانات جھوٹ کی سزا کے تحت قابلِ سزا ہیں۔

تحریر کا مقام: ______________________________ (شہر، کاؤنٹی اور ریاست)

دستخط: ______________________________ تاریخ: ______________

نام (واضح حروف میں): ______________________________

وہ ادارہ جہاں ترجمان نے تربیت حاصل کی: ______________________________

اس ادارے کا پتہ جہاں ترجمان نے تربیت حاصل کی: ______________________________

ترجمان کی جانب سے بولی جانے والی ہدفی زبان: ______________________________