EMORY HEALTHCARE

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
BENGALI TRANSLATIONS
জর্জিয়া স্বাস্থ্যসেবার জন্য অগ্রিম নির্দেশিকা

By/যার দ্বারা : ____ Date of Birth/জন্মতারিখ : __________
(Print Name/স্পষ্টাক্ষরে পূর্ণ নাম) (Month/Day/Year/মাস/দিন/বছর)

স্বাস্থ্যসেবার জন্য এই অগ্রিম নির্দেশিকাটির চারটি অংশ রয়েছে:

PART ONE/ প্রথম অংশ	HEALTH CARE AGENT / স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট। *আপনি নিজের স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হয়ে পড়লে (অথবা নিতে না চাইলে) এই অংশটির মাধ্যমে আপনি আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে অন্য একজন ব্যক্তিকে বেছে নিতে পারেন। আপনি যাকে বেছে নেবেন তাকে স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট বলা হয়। আপনার মৃত্যুর পরে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে আপনি ময়নাতদন্ত, অঙ্গদান, দেহদান এবং আপনার দেহের চূড়ান্ত ব্যবস্থাপনার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্যও নির্দেশ দিতে পারবেন। এই গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা সম্পর্কে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের সাথে কথা বলা উচিত।*
PART TWO/ দ্বিতীয় অংশ	TREATMENT PREFERENCES / চিকিৎসাগত পছন্দ। *আপনার যদি কোনো অন্তিম অবস্থা উপস্থিত হয় অথবা আপনি যদি স্থায়ীভাবে অচেতন অবস্থায় থাকেন তবে এই অংশটির মাধ্যমে আপনি আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে জানাতে পারবেন। আপনি যদি নিজের চিকিৎসাগত পছন্দগুলো জানাতে অক্ষম হন শুধুমাত্র তখনই দ্বিতীয় অংশটি কার্যকর হবে। দ্বিতীয় অংশটি কার্যকর হওয়ার আগে আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত এবং যথাযথ প্রচেষ্টা করা হবে। আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে আপনার পরিবার এবং আপনার ঘনিষ্ঠ অন্যদের সাথে কথা বলা উচিত।*
PART THREE/ তৃতীয় অংশ	GUARDIANSHIP / অভিভাবকত্ব। *এই অংশটির মাধ্যমে প্রয়োজনের সময় আপনি আপনার অভিভাবক হিসাবে কাউকে মনোনীত করার সুযোগ পাবেন।*
PART FOUR/ চতুর্থ অংশ	EFFECTIVENESS AND SIGNATURES / কার্যকারিতা এবং স্বাক্ষর। *এই অংশে আপনার স্বাক্ষর এবং দুইজন সাক্ষীর স্বাক্ষর প্রয়োজন। আপনি যদি এই ফর্মের অন্য কোনো অংশ পূরণ করে থাকেন তবে আপনাকে অবশ্যই চতুর্থ অংশটি সম্পূর্ণ করতে হবে।*

আপনি উপরে তালিকাভুক্ত প্রথম তিনটি অংশের যেকোনো একটি বা সবগুলো পূরণ করতে পারেন। এই ফর্মটি কার্যকর করার জন্য আপনাকে অবশ্যই এই ফর্মের চতুর্থ অংশটি পূরণ করতে হবে।

আপনার এই পূরণকৃত ফর্মটির একটি কপি তাদের কাছে দেওয়া উচিত যাদের এটির প্রয়োজন হতে পারে, যেমন আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট, আপনার পরিবার এবং আপনার চিকিৎসক। পূরণকৃত এই ফর্মটির একটি কপি বাড়িতে এমন জায়গায় রাখুন যেখানে প্রয়োজনের সময় এটি সহজেই পাওয়া যাবে। এটি আপনার ইচ্ছাগুলোকে প্রতিফলিত করে কিনা তা নিশ্চিত করতে পর্যায়ক্রমে এই পূরণকৃত ফর্মটি পর্যালোচনা করুন। আপনার ইচ্ছা পরিবর্তিত হলে, নতুন একটি স্বাস্থ্যসেবার জন্য অগ্রিম নির্দেশিকা পূরণ করুন।

স্বাস্থ্যসেবার জন্য এই ধরণের অগ্রিম নির্দেশিকা ব্যবহার করা সম্পূর্ণ ঐচ্ছিক। জর্জিয়াতে স্বাস্থ্যসেবার জন্য অন্যান্য ধরণের অগ্রিম নির্দেশিকা ব্যবহার করা যেতে পারে।

আপনি যেকোনো সময় এই পূরণকৃত ফর্মটি বাতিল করতে পারবেন। এই ফর্মটি পূরণ করার আগে আপনার পূরণ করা স্বাস্থ্যসেবার যেকোনো অগ্রিম নির্দেশিকা, স্বাস্থ্যসেবার জন্য ডিউরেবল পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি, স্বাস্থ্যসেবা প্রক্সি বা জীবৎকালীন উইল এই পূরণকৃত ফর্মটি দ্বারা প্রতিস্থাপিত হবে।

PART ONE: HEALTH CARE AGENT / প্রথম অংশ: স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট

[দ্বিতীয় অংশ সম্পূর্ণ না করা হলেও প্রথম অংশ কার্যকর থাকবে। আপনার স্বাস্থ্যসেবার সাথে সরাসরি জড়িত কোনো চিকিৎসক বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে কাজ করতে পারবেন না। আপনি বিবাহিত হলে এবং আপনার স্বামী বা স্ত্রী-কে স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে নির্বাচন করলে, আপনার ভবিষ্যতের বিবাহবিচ্ছেদ বা বিবাহ বাতিলকরণ আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে বাতিল করবে। আপনি অবিবাহিত হলে, আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে নির্বাচন করেছেন তিনি ভবিষ্যতে আপনার নতুন স্ত্রী বা স্বামী না হলে ভবিষ্যতের বিয়ে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে বাতিল করবে।]

(1) Health Care Agent / স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট

আমি আমার জন্য স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নিতে নিম্নলিখিত ব্যক্তিকে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে নির্বাচন করছি:

Name / নাম : ____________________

Address / ঠিকানা : ____________________

Telephone Numbers / টেলিফোন নম্বর : ____________________
(Home, Work, and Mobile / বাড়ি, কর্মক্ষেত্র এবং মোবাইল)

(2) Back-Up Health Care Agent / ব্যাক-আপ স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট

*[**এই অংশটি ঐচ্ছিক।** এই অংশটি ফাঁকা রাখলেও প্রথম অংশ কার্যকর থাকবে।]*

যদি আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের সাথে যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে যোগাযোগ করা না যায় এবং যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা করা সত্ত্বেও তাকে খুঁজে পাওয়া না যায় অথবা কোনো কারণে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট অনুপলব্ধ থাকেন বা আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে কাজ করতে অক্ষম বা অনিচ্ছুক হন, তাহলে আমি নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের নির্বাচন করছি, যারা প্রত্যেকেই তাদের নামের ক্রমানুসারে আমার ব্যাক-আপ স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে কাজ করবেন:

Name / নাম : ____________________

Address / ঠিকানা : ____________________

Telephone Numbers / টেলিফোন নম্বর : ____________________
(Home, Work, and Mobile / বাড়ি, কর্মক্ষেত্র এবং মোবাইল)

Name / নাম : ____________________

Address / ঠিকানা : ____________________

Telephone Numbers / টেলিফোন নম্বর : ____________________
(Home, Work, and Mobile / বাড়ি, কর্মক্ষেত্র এবং মোবাইল)

(3) General Powers of Health Care Agent / স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের সাধারণ ক্ষমতা

যখন আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত জানাতে অক্ষম হবো বা আমি যখন আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে আমার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত জানানোর জন্য নিয়োজিত করবো তখন আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আমার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেবেন।

যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের কাছে আমার সমপরিমাণ কর্তৃত্ব থাকবে। উদাহরণস্বরূপ, আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের কর্তৃত্বের মধ্যে রয়েছে:

- যেকোনো হাসপাতাল, দক্ষ নার্সিং প্রতিষ্ঠান, হসপিস বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান বা পরিষেবাতে আমাকে ভর্তি করানো বা সেখান থেকে ডিসচার্জ করা;
- যেকোনো ধরণের স্বাস্থ্যসেবা অনুরোধ করা, স্বাস্থ্যসেবাতে সম্মতি দেওয়া, স্থগিত রাখা বা প্রত্যাহার করা; এবং
- আমার জন্য যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান বা পরিষেবার সাথে চুক্তি করা এবং এই পরিষেবাগুলোর জন্য অর্থ প্রদান করতে আমাকে বাধ্য করা (এবং আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আমার জন্য বা আমার পক্ষে চুক্তিবদ্ধ কোনো পরিষেবা বা পরিচর্যার জন্য আর্থিকভাবে দায়বদ্ধ থাকবেন না)।

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট চিকিৎসা রেকর্ডের গোপনীয়তা সম্পর্কিত ফেডারেল বা স্টেট আইনের (1996 সালের হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি আইন সহ) সকল কাজে আমার ব্যক্তিগত প্রতিনিধি হবেন এবং তার আমার চিকিৎসা রেকর্ডে আমার সমপরিমাণ অ্যাক্সেস থাকবে এবং তিনি আমার চলমান স্বাস্থ্যসেবার জন্য আমার চিকিৎসা রেকর্ডের তথ্য অন্যদের কাছে প্রকাশ করতে পারবেন।

অ্যাম্বুলেন্স কর্মীদের মতে এবং প্রোটোকল অনুসারে হলে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট অ্যাম্বুলেন্স বা এয়ার অ্যাম্বুলেন্সে আমার সাথে যেতে পারবেন এবং হাসপাতাল, দক্ষ নার্সিং প্রতিষ্ঠান, হসপিস বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান বা পরিষেবার প্রোটোকল অনুসারে পরিদর্শনের অনুমতি থাকলে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আমার সাথে ব্যক্তিগতভাবে দেখা করতে বা পরামর্শ করতে পারবেন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট মূল কপির পরিবর্তে এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকার একটি কপি উপস্থাপন করতে পারবেন এবং সেই কপিটির অর্থ এবং কার্যকারিতা মূল কপির মতোই থাকবে।

আমি বুঝতে পারছি যে জর্জিয়া আইন অনুসারে:

- আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসাবে কাজ করার বিষয়টি প্রত্যাখ্যান করতে পারবেন;
- যদি দেখা যায় যে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট সঠিকভাবে কাজ করছেন না তাহলে আদালত আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের ক্ষমতা কেড়ে নিতে পারবে; এবং
- আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের সাইকোসার্জারি, বন্ধ্যাত্বকরণ, বা মানসিক অসুস্থতা, মানসিক প্রতিবন্ধকতা বা আসক্তিজনিত রোগের জন্য চিকিৎসা বা অনিচ্ছাকৃত হাসপাতালে ভর্তি করার বিষয়ে আমার পক্ষ হয়ে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা থাকবে না।

(4) Guidance for Health Care Agent / স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের জন্য নির্দেশিকা

আমার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময়, আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের আমাদের মধ্যে হওয়া পূর্বের কথোপকথন, দ্বিতীয় অংশে প্রকাশিত আমার চিকিৎসাগত পছন্দ (যদি আমি দ্বিতীয় অংশ পূরণ করে থাকি), আমার ধর্মীয় এবং অন্যান্য বিশ্বাস ও মূল্যবোধ এবং অতীতে আমি কীভাবে চিকিৎসা এবং অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ বিষয়গুলো পরিচালনা করেছি তা বিবেচনা করা উচিত। আমি কী সিদ্ধান্ত নিতাম তা যদি এখনও স্পষ্ট না হয়, তাহলে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের আমার বর্তমান পরিস্থিতি এবং বিকল্প চিকিৎসার সুবিধা, দায়িত্ব এবং ঝুঁকি বিবেচনা করে আমার সর্বোত্তম স্বার্থের কথা চিন্তা করে সিদ্ধান্ত নেওয়া উচিত।

(5) Powers of Health Care Agent After Death / মৃত্যুর পর স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের ক্ষমতা

(A) AUTOPSY / ময়নাতদন্ত

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের আমার দেহের ময়নাতদন্তের অনুমোদন দেওয়ার ক্ষমতা থাকবে যদি না আমি নীচে স্বাক্ষর করে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের ক্ষমতা সীমিত করে থাকি।

________ (Initials / স্বাক্ষর) আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের আমার দেহের ময়নাতদন্তের অনুমোদন দেওয়ার ক্ষমতা থাকবে না (যদি না আইনত ময়নাতদন্তের প্রয়োজন হয়)।

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY / অঙ্গদান এবং দেহদান

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের জর্জিয়া অ্যানাটমিক্যাল গিফট আইন অনুসারে চিকিৎসা উদ্দেশ্যে আমার দেহের যেকোনো অংশ বা সম্পূর্ণ দেহের ব্যবস্থাপনা করার ক্ষমতা থাকবে, যদি না আমি নীচে স্বাক্ষর করে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের ক্ষমতা সীমিত করে থাকি।

[আপনি যে বিবৃতিগুলো প্রয়োগ করতে চান তার প্রতিটিতে স্বাক্ষর করুন।]

________ (Initials / স্বাক্ষর) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের চিকিৎসা গবেষণা প্রোগ্রামে ব্যবহারের জন্য আমার দেহ ব্যবস্থাপনা করার ক্ষমতা থাকবে না।

________ (Initials / স্বাক্ষর) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./ আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের আমার কোনো অঙ্গ দান করার ক্ষমতা থাকবে না।

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY / দেহের চূড়ান্ত ব্যবস্থাপনা

আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের আমার দেহের চূড়ান্ত ব্যবস্থাপনা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা থাকবে যদি না আমি নীচে স্বাক্ষর করে থাকি।

________ (Initials / স্বাক্ষর) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/আমি চাই নিম্নলিখিত ব্যক্তি আমার দেহের চূড়ান্ত ব্যবস্থাপনা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেবেন:

Name / নাম : ____

Address / ঠিকানা : ____

Telephone Numbers / টেলিফোন নম্বর : ____
(Home, Work, and Mobile / বাড়ি, কর্মক্ষেত্র এবং মোবাইল)

আমি চাই আমার দেহ:

________ (Initials / স্বাক্ষর) Buried / কবর দেওয়া হোক

অথবা

________ (Initials / স্বাক্ষর) Cremated / দাহ করা হোক

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES / দ্বিতীয় অংশ: চিকিৎসাগত পছন্দ

[আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত এবং যথাযথভাবে প্রচেষ্টা করার পরেও আপনি যদি নিজের চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে জানাতে অক্ষম হন শুধুমাত্র সেক্ষেত্রেই দ্বিতীয় অংশটি কার্যকর হবে। প্রথম অংশ সম্পূর্ণ না করা হলেও দ্বিতীয় অংশ কার্যকর থাকবে। আপনি যদি প্রথম অংশে কোনো স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নির্বাচন না করে থাকেন, অথবা আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট যদি অনুপলব্ধ থাকেন, তাহলে দ্বিতীয় অংশটি থেকে আপনার চিকিৎসক এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে জানতে পারবেন। আপনি যদি প্রথম অংশে কোনো স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নির্বাচন করে থাকেন, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের দ্বিতীয় অংশ দ্বারা আওতাভুক্ত বিষয়গুলোতে আপনার জন্য সব ধরণের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা থাকবে। আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট আপনার চিকিৎসাগত পছন্দ এবং প্রথম অংশের সেকশনে (4)-এ বর্ণিত অন্যান্য বিষয়গুলোর উপর ভিত্তি করে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করবেন।]

(6) CONDITIONS / অবস্থা

আমি যদি নীচে উল্লেখিত কোনো অবস্থায় থাকি তাহলে দ্বিতীয় অংশ কার্যকর হবে:

[যেসব অবস্থায় আপনি দ্বিতীয় অংশ কার্যকর করতে চান সেগুলোর প্রতিটির পাশে স্বাক্ষর করুন।]

______ (Initials / স্বাক্ষর) A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./কোনো অন্তিম অবস্থা, যার অর্থ হলো আমার এমন একটি দুরারোগ্য বা অপরিবর্তনীয় অবস্থা আছে যার কারণে অল্প সময়ের মধ্যে আমার মৃত্যু হবে।

______ (Initials / স্বাক্ষর /) A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./স্থায়ীভাবে অচেতন অবস্থা, যার অর্থ হলো আমি এমন একটি দুরারোগ্য বা অপরিবর্তনীয় অবস্থায় আছি যেখানে আমি নিজের বা আমার পরিবেশ সম্পর্কে সচেতন নই এবং আমি আমার পরিবেশের প্রতি কোনো আচরণগত প্রতিক্রিয়া দেখাই না।

আমাকে চিকিৎসা প্রদানকারী চিকিৎসক এবং দ্বিতীয় একজন চিকিৎসক কর্তৃক ব্যক্তিগত পরীক্ষার পরে বর্তমানে গ্রহণযোগ্য চিকিৎসাগত মানদণ্ডের অনুসারে আমার অবস্থা লিখিতভাবে নির্ধারণ করা হবে।

(7) TREATMENT PREFERENCES / চিকিৎসাগত পছন্দ

[(A), (B),অথবা (C) এর পাশে স্বাক্ষর করে আপনার চিকিৎসাগত পছন্দ নির্দেশ করুন। আপনি যদি (C) বেছে নেন, তাহলে (C) এর পরে থাকা বিবৃতিগুলোর একটি বা একাধিকের পাশে স্বাক্ষর করে আপনার অতিরিক্ত চিকিৎসাগত পছন্দগুলো নির্দেশ করুন। আপনি পরবর্তী অংশে আপনার চিকিৎসাগত পছন্দ সম্পর্কে অতিরিক্ত নির্দেশনা প্রদান করতে পারবেন। আপনাকে আরামদায়ক পরিচর্যা প্রদান করা হবে, যার মধ্যে ব্যথার উপশম অন্তর্ভুক্ত থাকবে, তবে আপনি পরবর্তী অংশে ব্যথার উপশম সম্পর্কে আপনার নির্দিষ্ট পছন্দ উল্লেখ করতে পারবেন।]

যদি আমি উপরে সেকশন (6) এ স্বাক্ষর করা যেকোনো অবস্থায় থাকি এবং আমার চিকিৎসাগত পছন্দ সম্পর্কে আমার সাথে যোগাযোগ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত এবং উপযুক্ত প্রচেষ্টা চালানোর পরেও আমি আর আমার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো জানাতে না পারি, তাহলে:

(A) **_______** (Initials / স্বাক্ষর) Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive./যতদিন সম্ভব আমাকে জীবিত রাখার চেষ্টা করুন, সব ধরণের ওষুধ, মেশিন বা অন্যান্য চিকিৎসা পদ্ধতি ব্যবহার করার মাধ্যমে যা যুক্তিসঙ্গতভাবে আমাকে জীবিত রাখতে পারবে। যদি আমি মুখ দিয়ে খাবার বা

তরল গ্রহণ করতে অক্ষম হই, তাহলে আমি টিউব বা অন্যান্য চিকিৎসার মাধ্যমে খাবার বা তরল গ্রহণ করতে চাই।

অথবা

(B) _______ (Initials / স্বাক্ষর/) Allow my natural death to occur./আমার স্বাভাবিক মৃত্যু ঘটতে দিন। আমি এমন কোনো ওষুধ, মেশিন বা অন্যান্য চিকিৎসা পদ্ধতি ব্যবহার করতে চাই না যা যুক্তিসঙ্গতভাবে আমাকে জীবিত রাখতে পারবে কিন্তু আমাকে সুস্থ করে তুলতে পারবে না। ব্যথা উপশমের জন্য প্রয়োজন ছাড়া আমি টিউব বা অন্যান্য চিকিৎসা মাধ্যমে খাবার বা তরল গ্রহণ করতে চাই না।

অথবা

(C) _______ (Initials / স্বাক্ষর/) I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows/আমি নীচে উল্লেখিতগুলো ছাড়া এমন কোনো ওষুধ, মেশিন বা অন্যান্য চিকিৎসা পদ্ধতি ব্যবহার করতে চাই না যা যুক্তিসঙ্গতভাবে আমাকে জীবিত রাখতে পারবে কিন্তু আমাকে সুস্থ করে তুলতে পারবে না:

[বিকল্প (C)-তে আপনি যে বিবৃতিগুলো প্রয়োগ করতে চান তার প্রতিটিতে স্বাক্ষর করুন।]

______ (Initials / স্বাক্ষর) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./যদি আমি মুখ দিয়ে খাবার গ্রহণ করতে অক্ষম হই, তাহলে আমি টিউব বা অন্যান্য চিকিৎসার মাধ্যমে খাবার গ্রহণ করতে চাই।

______ (Initials / স্বাক্ষর) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./যদি আমি মুখ দিয়ে তরল গ্রহণ করতে অক্ষম হই, তাহলে আমি টিউব বা অন্যান্য চিকিৎসার মাধ্যমে তরল গ্রহণ করতে চাই।

______ (Initials / স্বাক্ষর) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./যদি আমার শ্বাস নিতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আমি চাই একটি ভেন্টিলেটর ব্যবহার করা হোক।

______ (Initials / স্বাক্ষর) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used. / যদি আমার হৃদয় বা নাড়ির স্পন্দন বন্ধ হয়ে যায়, তাহলে আমি চাই কার্ডিওপালমোনারি রিসাসিটেশন (CPR) ব্যবহার করা হোক।

(8) ADDITIONAL STATEMENTS / অতিরিক্ত বিবৃতি

*[**এই অংশটি ঐচ্ছিক।** এই অংশটি ফাঁকা রাখলেও দ্বিতীয় অংশ কার্যকর থাকবে। এই অংশটি আপনাকে অতিরিক্ত চিকিৎসাগত পছন্দ উল্লেখ করার, আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে (যদি আপনি প্রথম অংশেএকজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নির্বাচন করে থাকেন) অতিরিক্ত নির্দেশনা প্রদান করার, অথবা আপনার চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ব্যক্তিগত এবং ধর্মীয় মূল্যবোধ সম্পর্কে তথ্য প্রদান করার সুযোগ দেয়। উদাহরণস্বরূপ, আপনি সংক্রমণ প্রতিরোধ, অস্ত্রোপচার, অঙ্গচ্ছেদ, রক্ত সঞ্চালন, বা কিডনি ডায়ালাইসিসের জন্য ওষুধ সম্পর্কে আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো সম্পর্কে এখানে উল্লেখ করতে পারবেন। আপনি যখন আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো জানাতে অক্ষম হয়ে যাবেন তারপরে আপনার সাথে কী কী ঘটতে পারে তা আগে থেকেই সম্পূর্ণভাবে ধারণা করা সম্ভব না, তাই আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টকে (যদি আপনি প্রথম অংশে একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নির্বাচন করে থাকেন) আপনার চিকিৎসাগত পছন্দগুলো অনুসরণ করতে নির্দেশনা দিয়ে রাখা উচিত। আপনি ব্যথার উপশম সম্পর্কে আপনার নির্দিষ্ট পছন্দ সম্পর্কে উল্লেখ করতে পারবেন।]*

(9) IN CASE OF PREGNANCY / গর্ভাবস্থার ক্ষেত্রে

[এই অংশটি ফাঁকা রাখলেও দ্বিতীয় অংশ কার্যকর থাকবে।]

আমি বুঝতে পারছি যে জর্জিয়া আইন অনুসারে, যদি আমি গর্ভবতী হই তবে দ্বিতীয় অংশ সাধারণভাবে কার্যকর হবে না যদি না ভ্রূণটি টিকে থাকার মতো না হয় এবং আমি নীচে স্বাক্ষর করে নির্দেশ করছি যে আমি দ্বিতীয় অংশটি কার্যকর করতে চাই।

_______ (Initials / স্বাক্ষর) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./যদি আমার ভ্রূণটি টিকে থাকার মতো না হয় তবে আমি দ্বিতীয় অংশটি কার্যকর করতে চাই।

PART THREE: GUARDIANSHIP / তৃতীয় অংশ: অভিভাবকত্ব

(10) GUARDIANSHIP / অভিভাবকত্ব

*[**তৃতীয় অংশটি ঐচ্ছিক।** তৃতীয় অংশটি ফাঁকা রাখলেও এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা কার্যকর থাকবে। যদি কোনো আদালত সিদ্ধান্ত নেয় যে একজন অভিভাবক নিয়োগ করা উচিত এবং সেক্ষেত্রে আপনি যদি আপনার অভিভাবক হিসেবে একজন ব্যক্তিকে মনোনীত করতে চান তাহলে তৃতীয় অংশটি পূরণ করুন। যদি আদালত দেখতে পায় যে আপনি আপনার ব্যক্তিগত সহায়তা, সুরক্ষা বা কল্যাণ সম্পর্কে নিজের জন্য দায়িত্বশীলভাবে গুরুত্বপূর্ণ সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম নন তাহলে আদালত আপনার জন্য একজন অভিভাবক নিয়োগ করবে। আদালত আপনার মনোনীত ব্যক্তিকে নিয়োগ করবে যদি আদালত দেখতে পায় যে নিয়োগটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থ এবং কল্যাণে কাজ করবে। আপনি যদি প্রথম অংশে একজন স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট নির্বাচন করে থাকেন তাহলে আপনি (কিন্তু বাধ্যতামূলক নয়) একই ব্যক্তিকে আপনার অভিভাবক হিসেবেও মনোনীত করতে পারবেন। আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট এবং অভিভাবক যদি একই ব্যক্তি না হন, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে আপনার অভিভাবকের তুলনায় আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্টের অগ্রাধিকার থাকবে, যদি না কোনো আদালত ভিন্ন কোনো সিদ্ধান্ত নেয়।]*

[(A) অথবা (B) এর পাশে স্বাক্ষর করে আপনার পছন্দ নির্দেশ করুন। আপনি প্রথম অংশ পূরণ করে থাকলেই শুধুমাত্র (A) বেছে নিন।]

(A) ________ (Initials / স্বাক্ষর) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./আমি প্রথম অংশের অধীনে আমার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসেবে দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তিকে আমার অভিভাবক হিসেবে দায়িত্ব পালন করার জন্য মনোনীত করছি।

অথবা

(B) ________ (Initials / স্বাক্ষর) I nominate the following person to serve as my guardian/আমি নীচে উল্লেখিত ব্যক্তিকে আমার অভিভাবক হিসেবে দায়িত্ব পালন করার জন্য মনোনীত করছি:

Name / নাম : ______________________________

Address / ঠিকানা : ______________________________

Telephone Numbers / টেলিফোন নম্বর : ______________________________
(Home, Work, and Mobile / বাড়ি, কর্মক্ষেত্র এবং মোবাইল)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES / চতুর্থ ভাগ: কার্যকারিতা এবং স্বাক্ষর

এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা শুধুমাত্র তখনই কার্যকর হবে যদি আমি আমার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নিতে বা জানাতে অক্ষম বা অনিচ্ছুক হই।

এই ফর্মটি এই তারিখের আগে আমার পূরণ করা যেকোনো অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা, স্বাস্থ্যসেবার জন্য ডিউরেবল পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি, স্বাস্থ্যসেবা প্রক্সি, বা জীবৎকালীন উইলকে বাতিল করে।

আমি যদি নীচে স্বাক্ষর না করি এবং ভবিষ্যতের কোনো বিকল্প তারিখ বা নির্দিষ্ট ঘটনা সম্পর্কে না লিখি, তাহলে এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা আমার এটিতে স্বাক্ষর করার সময় কার্যকর হবে এবং আমার মৃত্যুর আগ পর্যন্ত কার্যকর থাকবে (এবং আমার মৃত্যুর পরে প্রথম অংশের সেকশন (5) এ অনুমোদিত পরিমাণে)।

________ (Initials / স্বাক্ষর) এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা ____________ তারিখে বা তার পরে কার্যকর হবে এবং ____________ তারিখে বা তার পরে শেষ হবে।

আপনাকে অবশ্যই দুইজন সাক্ষীর উপস্থিতিতে এই ফর্মটিতে তারিখ প্রদান করে স্বাক্ষর করতে হবে অথবা তারিখ প্রদান করে স্বাক্ষর করার কথা স্বীকার করতে হবে। উভয় সাক্ষীকে অবশ্যই সচেতন এবং সুস্থ থাকতে হবে এবং কমপক্ষে 18 বছর বয়সী হতে হবে, তবে আপনি যখন এই ফর্মে স্বাক্ষর করবেন তখন সাক্ষীদের একসাথে বা আপনার সাথে উপস্থিত থাকতে হবে না।

A witness / একজন সাক্ষী:

- *এমন কোনো ব্যক্তি হতে পারবেন না যাকে প্রথম অংশে আপনার স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট বা ব্যাক-আপ স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট হিসেবে নির্বাচিত করা হয়েছে;*
- *এমন কোনো ব্যক্তি হতে পারবেন না যিনি স্পষ্টতই উত্তরাধিকার সূত্রে আপনার কাছ থেকে কিছু পাবেন অথবা অন্যথায় জেনেশুনে আপনার মৃত্যু থেকে আর্থিকভাবে লাভবান হবেন; অথবা*
- *এমন কোনো ব্যক্তি হতে পারবেন না যে সরাসরি আপনার স্বাস্থ্যসেবার সাথে জড়িত।*

সাক্ষীদের মধ্যে শুধুমাত্র একজন আপনার স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের হাসপাতাল, দক্ষ নার্সিং প্রতিষ্ঠান, হসপিস, বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের কর্মচারী, এজেন্ট, বা চিকিৎসা কর্মী হতে পারবেন (তবে এই সাক্ষী সরাসরি আপনার স্বাস্থ্যসেবার সাথে জড়িত থাকতে পারবেন না)।

নীচে স্বাক্ষর করে, আমি ঘোষণা করছি যে আমি এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা তৈরি করার জন্য মানসিকভাবে এবং আবেগীয়ভাবে সক্ষম এবং আমি অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকার উদ্দেশ্য ও ফলাফল বুঝতে পারছি।

_______________________________________ _________________________

(Signature of Declarant / ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর) (Date / তারিখ)

ঘোষণাকারী আমার উপস্থিতিতে এই ফর্মটি স্বাক্ষর করেছেন অথবা আমার কাছে এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার কথা স্বীকার করেছেন। আমার ব্যক্তিগত পর্যবেক্ষণের ভিত্তিতে, ঘোষণাকারীকে এই অগ্রিম স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশিকা তৈরি করার জন্য মানসিকভাবে এবং আবেগীয়ভাবে সক্ষম বলে মনে হয়েছে এবং তিনি স্বেচ্ছায় এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করেছেন।

_______________________________________ _________________________

(Signature of First Witness / প্রথম সাক্ষীর স্বাক্ষর) (Date / তারিখ)

Print Name / স্পষ্টাক্ষরে পূর্ণ নাম : ____

Address / ঠিকানা : ____

_______________________________________ _________________________

(Signature of Second Witness / দ্বিতীয় সাক্ষীর স্বাক্ষর) (Date / তারিখ)

Print Name / স্পষ্টাক্ষরে পূর্ণ নাম : ____

Address / ঠিকানা : ____

[এই ফর্মটিকে নোটারাইজ করার প্রয়োজন নেই।]