

ਮਾਈ ਵੋਇਸ My Voice

ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨਾ

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਸੰਬੰਧੀ ਗਾਈਡ
Advance Care Planning Guide



Punjabi



ਫਰਵਰੀ 2013

ਇਸ ਗਾਈਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਠੀਕ ਸਿੱਧ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਦਲਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾਆਂ ਨਾਲ ਪੂਰਕ ਵਾਰਤਾਲਾਪਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਮਕਸਦ ਲਈ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫ਼ਾਰਮ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਵੇਲੇ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕਾਨੂੰਨ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਗਾਈਡ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੀ ਥਾਂ ਨਹੀਂ ਲੈਂਦੀ।

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication

My Voice -- Expressing My Wishes for Future Health Care Treatment.

Includes index.
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. Advance directives (Medical care)--British Columbia--Popular works. I. British Columbia. Ministry of Health II. Title.

R726.2 M9 2011 344.71104'197 C2011-909048-1

Health authority document printing reference numbers:

FH: 349976 IH: 807025 NH: 1752
PHSA: PHSA240 VCH: 00089414 VIHA: 90444

ਪ੍ਰਵਾਨਗੀਆਂ

ਮਨਿਸਟਰੀ ਆਫ਼ ਫ਼ਰੇਜ਼ਰ ਹੈਲਥ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ “ਮਾਈ ਵੇਇਸ ਵਰਕਬੁੱਕ” ਨੂੰ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਲਈ ਨਵੀਂ ਸੂਬਾਈ ਗਾਈਡ ਵਿੱਚ ਅਨੁਕੂਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਅਨੇਕਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਵੀ ਧੰਨਵਾਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਆਪਣਾ ਵਕਤ ਅਤੇ ਵਿਚਾਰ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ। ਗਾਈਡ ਨੂੰ ਮਨਿਸਟਰੀ ਆਫ਼ ਹੈਲਥ ਦੀਆਂ ਹੇਠ ਦਰਜ ਭਾਈਵਾਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਤ ਗਿਆ ਸੀ:



ਵਿਸ਼ਾ ਵਸਤੂ ਦੀ ਸੂਚੀ

ਭੂਮਿਕਾ	2
ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਕਿਉਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?	3
ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨਾ	5
ਵਿਸ਼ਵਾਸਾਂ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ	5
ਜੀਵਨ ਸਹਾਰੇ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਦਖਲ-ਅੰਦਾਜ਼ੀਆਂ	6
ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਦਲ	8
ਟੈਂਪਰੇਰੀ ਸਬਸਟੀਚਿਊਟ ਡਿਸਿਯਨ ਮੇਕਰ (TSDM)	9
ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ	11
ਅਗੋਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼	14
ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਅਗੋਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼	16
ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ	19
ਆਪਣੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨਾ	20
ਸ਼ਬਦਾਂ ਦੀਆਂ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ	22
ਆਪਣੀਆਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਤਰਤੀਬ ਦੇਣੀ	25
ਮੇਰੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ	
ਮੇਰੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ – ਸਾਰ	27
ਮੇਰੀ ਟੈਂਪਰੇਰੀ ਸਬਸਟੀਚਿਊਟ ਡਿਸਿਯਨ ਮੇਕਰ (TSDM) ਸੂਚੀ	28
ਮੇਰੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ	30
ਮੇਰਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ: ਸਟੈਂਡਰਡ (RA 7) ਅਤੇ ਵਧਾਇਆ ਹੋਇਆ ਸਮਝੌਤਾ (RA 9)	32
ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ (ਸੈਕਸ਼ਨ 7)	34
ਫਾਰਮ 1: ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਂ ਬਦਲਵਾਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ	40
ਫਾਰਮ 2: ਨਿਗਰਾਨ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	41
ਫਾਰਮ 3: ਬਾਲਗ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖਸ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	42
ਫਾਰਮ 4: ਗਵਾਹਾਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	43
ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ (ਸੈਕਸ਼ਨ 9)	44
ਮੇਰਾ ਅਗੋਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼	50
ਸਰੋਤ	52
ਬਟੂਏ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲਾ ਕਾਰਡ	52

ਭੂਮਿਕਾ

ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਰਾਏ ਦੇਣ ਦਾ ਹੱਕ ਰੱਖਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਦੇ ਅਜਿਹਾ ਸਮਾਂ ਵੀ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਸੱਟ ਕਾਰਨ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਓ। ਅਗੇਤੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਦੇ ਹੋਣ, ਅਤੇ ਉਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਸਕਣ।

ਨਵਾਂ ਅਸਮਰੱਥਤਾ (ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ) ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਨੂੰਨ ਬੀ.ਸੀ. ਵਿੱਚ 1 ਸਤੰਬਰ, 2011 ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਬਾਲਗਾਂ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀਆਂ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਦੇ ਵਧੇਰੇ ਬਦਲ ਮੁਹੱਈਆ ਹੋਏ। ਕਾਨੂੰਨ ਨੇ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਅਜਿਹੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕੀਤੀ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣ। ਜੇ ਕੋਈ ਫ਼ੈਸਲਾ/ਯੋਜਨਾ ਮੌਜੂਦ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਸੰਬੰਧੀ ਬੀ.ਸੀ. ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ ਨਿਯਮਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੰਬੰਧਤ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਉਹ ਕਿਸ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ।

ਇਹ ਗਾਈਡ ਅਤੇ ਇਸ ਕਿਤਾਬਚੇ ਦੇ ਦੂਸਰੇ ਅੱਧ ਵਿਚਲੇ ਵਰਕਬੁੱਕ ਪੰਨੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਗੇ ਜੋ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਉਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰੂਪਰੇਖਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਵਿਚਾਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੇਣ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਢੁਕਵੀਂ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਚੁਣੀ ਗਈ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਗਾਈਡ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੇ ਫ਼ਾਰਮ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਇਹ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਇਜ਼ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਪ੍ਰਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਲਾਹ ਲੈਣ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਫ਼ਾਰਮ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਹੋਵੇ।



ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਕਿਉਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?

ਜਿੰਨੀ ਦੇਰ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ, ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ, ਰਜਿਸਟਰਡ ਨਰਸ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਅਤੇ ਉਸ ਨਾਲ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਫ਼ੈਸਲੇ ਆਪ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਪਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕੱਲ੍ਹ ਨੂੰ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ। ਕੋਈ ਗੰਭੀਰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਕਰ ਦੇਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਉਸ ਵੇਲੇ ਜਦੋਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਿਆਂ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਦੋਸਤਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸੇਧ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ:

- ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਿਸ ਕੋਲੋਂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?
- ਜੇ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ (ਇਲਾਜਾਂ) ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹੋਵੋਗਾ ਜਾਂ ਮੁਨਕਰ ਹੋਵੋਗੇ?
- ਕੁਝ ਹਾਲਾਤ ਵਿੱਚ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਈ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਸੰਬੰਧੀ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰੋਗੇ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰੋਗੇ?
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੀ ਤਰਜੀਹਾਂ ਹਨ?

ਮੈਰੀ ਦੀ 54 ਸਾਲ ਉਮਰ, ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ ਹੈ, ਖੇਡਾਂ ਨੂੰ ਪਸੰਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਦੋ ਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਹਨ। ਦੋ ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕਾਰ ਆ ਵੱਜੀ ਸੀ ਜਦੋਂ ਉਹ ਬਾਈਕ ਚਲਾ ਰਹੀ ਸੀ। ਉਹ ਹਾਲੀ ਵੀ ਬੇਸ਼ੁਰਤ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਹ ਲੈਣ ਲਈ ਉਸ ਨੂੰ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮੈਰੀ ਦੇ ਦਿਮਾਗ ਨੂੰ ਸਥਾਈ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਆਪਣੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤਯਾਬ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ। ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਸੁਰਤ ਵਿੱਚ ਆ ਵੀ ਜਾਵੇ, ਉਹ ਦੁਬਾਰਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਤੁਰਨ, ਗੱਲ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੇ ਕਾਬਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕੇਗੀ। ਉਸ ਦੀਆਂ ਧੀਆਂ ਲਗਾਤਾਰ ਉਸ ਦੇ ਕੋਲ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਹੁਣ ਮੈਰੀ ਆਪਣੇ ਦੋਹਾਂ ਫੇਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚ ਇਨਫ਼ੈਕਸ਼ਨ ਨਾਲ ਜੂਝ ਰਹੀ ਹੈ, ਬਹੁਤ ਹੀ ਬੇਆਰਾਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦਾ ਕਹਿਣਾ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਹੀ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਵਿੱਚ-ਵਿੱਚ ਮੈਰੀ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਮੈਰੀ ਦੇ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ ਨੂੰ ਉਤਾਰ ਦੇਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਮੈਰੀ ਲਈ ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਵਧੇਰੇ ਸੁਖਾਲੀ ਹੋਣ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਬਣ ਜਾਵੇਗੀ। ਇੱਕ ਧੀ ਸਮਝਦੀ ਹੈ ਇੰਝ ਕਰਨਾ ਠੀਕ ਰਹੇਗਾ ਪਰ ਦੂਸਰੀ ਧੀ, ਜਿਹੜੀ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ, ਚਾਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜਿੰਨੀ ਦੇਰ ਤੱਕ ਮੈਰੀ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਦੇਹਤਾ/ਦੇਹਤੀ ਜਨਮ ਨਹੀਂ ਲੈ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ, ਉਦੋਂ ਤਕ ਹਰ ਸੰਭਵ ਉਪਰਾਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।



ਜੇ ਮੈਰੀ ਨੇ ਇੱਕ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੁਆਰਾ ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਹੁੰਦਾ, ਇਸ ਨਾਲ ਉਸ ਦੀਆਂ ਧੀਆਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਐਥੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਉਸ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਗਈ ਹੁੰਦੀ। ਇਸ ਨਾਲ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਸੇਧ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲੇ ਮੈਰੀ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾ ਸਕਦੇ।

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ, ਦੋਸਤਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨਾਲ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਓ ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ।

ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ, ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖ ਲੈਣਾ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ ਵਿੱਚ, ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਕੋਲੋਂ ਇਹ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਬਾਲਗ਼ ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਨਗੇ ਜਿਹੜੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਾਲਗ਼ ਨੇ ਉਦੋਂ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਦੋਂ ਉਹ ਸਮਰੱਥ ਸੀ। ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਕਰਨਗੇ।

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਕੇ ਤੁਸੀਂ ਦੂਸਰਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਖੁੱਦ ਆਪਣੇ ਲਈ ਕਰਨੇ ਚਾਹੋਗੇ। ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਸਾਧਨ ਦੇ ਦੇਵੋਗੇ। ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਇੱਕ ਚੋਣ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਚੋਣ ਰਾਹੀਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਦੇ ਤਣਾਅ ਨੂੰ ਕੁਝ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੋਗੇ ਜਦੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨਾ

ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ

ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨਾਲ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਜਾਣ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਤਰਫ਼ੋਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨੇ ਆਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਮਿਸਾਲਾਂ ਇਹ ਜਾਣਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

ਇਹ ਗੱਲਾਂ ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਅਰਥਭਰਪੂਰ ਬਣਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ:

- ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲ ਸਮਾਂ ਗੁਜ਼ਾਰਨਾ
- ਆਪਣੇ ਪਾਲਤੂ ਜਾਨਵਰ/ਸੰਗੀਤ/ਕਲਾ/ਬਾਗਬਾਨੀ/ਕੰਮ/ਸ਼ੌਕਾਂ/ਤਾਜ਼ੀ ਹਵਾ/ਖੇਡਾਂ ਲਈ ਪਿਆਰ
- ਆਪਣੇ ਧਰਮ 'ਤੇ ਅਮਲ ਕਰਨਾ

ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਸੋਚਦਾ/ਸੋਚਦੀ ਹਾਂ ਮੇਰੀ ਮੌਤ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀ ਹੋਵੇਗੀ ਬਾਰੇ, ਮੈਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਸਕੂਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ:

- ਇਹ ਜਾਣ ਲੈਣਾ ਕਿ ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਕੋਈ ਦਰਦ ਹੋਇਆ ਤਾਂ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ
- ਇਹ ਯਕੀਨ ਕਿ ਮੇਰੀ ਚੰਗੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਮੇਰਾ ਪਰਿਵਾਰ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੇਗਾ
- ਇਹ ਯਕੀਨ ਕਿ ਮੌਤ ਪਿੱਛੋਂ ਕੁਝ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਮਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦਾ/ਸੋਚਦੀ ਹਾਂ ਉਦੋਂ ਮੈਨੂੰ ਫ਼ਿਕਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ:

- ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਪਵੇ
- ਮੇਰੀ ਪੀੜ ਬੇਕਾਬੂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ
- ਮੈਂ ਇਕੱਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ

ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਅੰਤ ਦੇ ਨੇੜੇ ਪਹੁੰਚ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੋਵਾਂ ਉਦੋਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ:

- ਮੇਰਾ ਪਰਿਵਾਰ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਹੋਵੇ
- ਕਿਸੇ ਨੇ ਮੇਰਾ ਹੱਥ ਫੜਿਆ ਹੋਵੇ
- ਮੇਰਾ ਗ੍ਰੰਥੀ/ਪੁਜਾਰੀ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲਣ ਆਵੇ
- ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀਆਂ ਖੁਸ਼ੀਆਂ ਭਰੀਆਂ ਯਾਦਾਂ ਬਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਗੱਲਾਂ ਕਰਦੇ ਸੁਣਨਾ
- ਆਪਣਾ ਪਸੰਦੀਦਾ ਸੰਗੀਤ ਸੁਣਨਾ
- ਮੌਸਮ ਜਿਹੇ ਜਿਹਾ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਖਿੜਕੀ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਹੋਵੇ

ਜੀਵਨ ਸਹਾਰੇ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲੇ

ਜੀਵਨ ਸਹਾਰੇ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣਾ ਅਤੇ ਗੱਲਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਬੜਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਗੰਭੀਰ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਲਈ ਖ਼ਤਰਾ ਬਣਨ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਥਿਤੀਆਂ ਨੂੰ ਸੰਬੋਧਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਰੁਟੀਨ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਅਤੇ ਪਿੱਛੋਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵੇਲੇ, ਕਿਸੇ ਦਰਘਟਨਾ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵੇਲੇ, ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵੇਲੇ।

ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਦੂਸਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕਲੀਨੀਕਲ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਹਮੇਸ਼ਾ ਹੀ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਗੇ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੀੜ, ਸਿਰ ਚਕਰਾਉਣ, ਕਚਿਆਹਣ, ਖ਼ੂਨ ਵਗਣ ਜਾਂ ਇਨਫ਼ੈਕਸ਼ਨ ਵਰਗੀਆਂ ਅਲਾਮਤਾਂ ਨੂੰ ਹਮੇਸ਼ਾ ਹੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਿਆ ਜਾਵੇ। ਜਿੰਨੀ ਦੇਰ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਮਝ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜੋਖਮਾਂ, ਲਾਭਾਂ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਸਮੇਤ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਢੁਕਵੀਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੇਗਾ। ਉਹ ਇਹ ਵੀ ਪੁੱਛੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਅਤੇ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਭ ਤੋਂ ਔਖੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਹਨ। ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ, ਨਾਲੀ ਨਾਲ ਖੁਰਾਕ ਦੇਣੀ, ਕਿਡਨੀ ਡਾਇਲਿਸਿਸ, ਜਾਂ ਦਿਲ ਅਤੇ ਫੇਫੜਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਕਾਰਡੀਉਪੁਲਮੋਨਰੀ ਪੁਨਰਜੀਵਨ ਰਾਹੀਂ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਲਾਜ ਉਦੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਇਹ ਮੰਨਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਇਲਾਜ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਹਨ।

ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਮਨਜ਼ੂਰ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਚਿਰਕਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ:

- ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਕਿਸ ਅਵਸਥਾ ਵਿੱਚ ਹੈ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ?
- ਕੀ ਮੇਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਮੇਰੀ ਯਾਦਦਾਸ਼ਤ ਜਾਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਖੁੱਦ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ?
- ਕੀ ਇਹ ਜੀਵਨ ਲਈ ਖ਼ਤਰਾ ਬਣ ਜਾਵੇਗੀ?
- ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਨ ਕਿਹੜੀਆਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ?
- ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਵਿਚਾਰਨਯੋਗ ਗੱਲਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਖਤਰੇ ਵਿੱਚ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਤਜਵੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰੋਗੇ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰੋਗੇ:

- ਕਾਰਡੀਉਪੁਲਮੋਨਰੀ ਪੁਨਰਜੀਵਨ ਦੇਣਾ (CPR)?
- ਸਾਰੇ, ਕੁਝ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲੇ ਨਹੀਂ ਜਦੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਹਨ?
- ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ੀ ਅਵਧੀ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੇਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ?

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਇਹ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣਾ ਚਾਹ ਸਕਦੇ ਹੋ, “ਕੀ ਮੈਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਉਪਰਾਲੇ ਚਾਹਾਂਗਾ/ਚਾਹਾਂਗੀ ਜੇ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੋਇਆ ਕਿ ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਕਾਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਾਂਗਾ/ਸਕਾਂਗੀ”:

- ਆਪਣੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਦਾ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਨੰਦ ਮਾਣਨਾ ਜਿਵੇਂ ਮੈਂ ਹੁਣ ਮਾਣਦਾ/ਮਾਣਦੀ ਹਾਂ?
- ਆਪਣੇ ਆਪ ਬਿਸਤਰੇ 'ਚੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ, ਤੁਰਨਾ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਜਾਣਾ?
- ਆਪਣੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨਾ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਅਰਥਭਰਪੂਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਕਰਨੀ?
- ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਈ ਸੋਚਣਾ?



ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੇ ਬਦਲ

ਜੇ ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤ ਪੈਦਾ ਹੋ ਜਾਣ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕਣ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਉ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਾਤ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਈ ਬਦਲ ਮੌਜੂਦ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਿੱਜੀ ਹਾਲਾਤ ਅਤੇ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਕਿਸਮ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਰਚਨਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਚੁਣੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰੇਗੀ।

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੇ ਮੂਲ

ਹਰ ਇੱਕ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਤਿੰਨ ਗੱਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ:

ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ-ਬਾਤ।

ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ।

ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ ਜਿਹੜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਟੈਪਰੇਰੀ ਸਬਸਟੀਚਿਊਟ ਡਿਸਿਸ਼ਨ ਮੇਕਰ ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਹੋਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੇ ਬਦਲ

ਹੇਠ ਦਰਜ ਮੱਦਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ ਇੱਛੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ:

ਸਟੈਂਡਰਡ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ
ਸਮਝੌਤਾ: ਸੈਕਸ਼ਨ 7

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਆਮ ਵਿੱਤੀ ਪ੍ਰਬੰਧ ਦੇ ਫੈਸਲੇ, ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲੇ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਸ਼ਖਸ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ।

ਵਧਾਈ ਹੋਈ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ
ਸਮਝੌਤਾ: ਸੈਕਸ਼ਨ 9

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲਿਆਂ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਅਗੋਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕੋ। ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਮੌਕੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਢੁਕਵਾਂ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣਾ ਹੋਵੇ, ਉਦੋਂ ਅਗੋਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰ ਸਕੋ ਜਿਹੜਾ ਤੁਹਾਡੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਫੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕੇ।

ਟੈਪਰੇਰੀ ਸਬਸਟੀਚਿਊਟ ਡਿਸਿਯਨ ਮੇਕਰ (TSDM)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ) ਦਾ ਨਾਂ ਨਹੀਂ ਚੁਣਿਆ ਜਿਹੜਾ ਤੁਹਾਡੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕੇ ਤਾਂ ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਟੈਪਰੇਰੀ ਸਬਸਟੀਚਿਊਟ ਡਿਸਿਯਨ ਮੇਕਰ (TSDM) ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

TSDM ਦੀ ਚੋਣ ਇੱਕ ਸੂਚੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, 'ਚੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਲੋਕ ਜੋ ਸੂਚੀ ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤਰਤੀਬ ਬੀ.ਸੀ. ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਵੱਲੋਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ TSDM ਵੱਜੋਂ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਇਹ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 19 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਕਾਬਲ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਉਸ ਦਾ ਕੋਈ ਝਗੜਾ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ।

ਦਿੱਤੀ ਹੋਈ ਤਰਤੀਬ ਮੁਤਾਬਕ, ਹੇਠ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ:

1. ਤੁਹਾਡੀ ਪਤਨੀ (ਸ਼ਾਦੀਸ਼ੁਦਾ, ਕਾਮਨ-ਲਾਅ, ਸਮਲਿੰਗੀ – ਇਕੱਠੇ ਰਹਿਣ ਦੇ ਅਰਸੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)
2. ਪੁੱਤ ਜਾਂ ਧੀ (19 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ, ਜਨਮ ਤਰਤੀਬ ਨਾਲ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)
3. ਮਾਪਾ (ਕੋਈ ਇੱਕ, ਗੋਦ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ)
4. ਭਰਾ ਜਾਂ ਭੈਣ (ਜਨਮ ਤਰਤੀਬ ਨਾਲ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)
5. ਦਾਦਾ/ਦਾਦੀ/ਨਾਨਾ/ਨਾਨੀ
6. ਪੋਤਾ/ਪੋਤੀ/ਦੇਹਤਾ/ਦੇਹਤੀ (ਜਨਮ ਤਰਤੀਬ ਨਾਲ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)
7. ਤੁਹਾਡੇ ਜਨਮ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਗੋਦ ਲਏ ਜਾਣ ਕਾਰਣ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਸੰਬੰਧੀ
8. ਕੋਈ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਦੋਸਤ
9. ਸ਼ਾਦੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸੰਬੰਧੀ (ਸੌਹਰੇ/ਪੇਕੇ, ਮਿਤ੍ਰਏ ਮਾਪੇ, ਮਿਤ੍ਰਏ ਬੱਚੇ, ਆਦਿ)

ਤੁਸੀਂ ਸੂਚੀ ਦੀ ਤਰਤੀਬ ਨੂੰ ਬਦਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਥੱਲੇ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ TSDM ਵੱਜੋਂ ਕੇਵਲ ਉਦੋਂ ਹੀ ਚੁਣ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਉਸ ਤੋਂ ਉੱਪਰਲੇ ਸਭ ਲੋਕ ਜਾਂ ਤਾਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਸੂਚੀ ਦੇ ਹੇਠੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਥਾਪਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਗਾਈਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਵੱਖ ਵੱਖ ਕਿਸਮ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਫ਼ਾਰਮ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਉਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਜਿਹੜਾ ਫ਼ਾਰਮ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਦੀਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਹਾਂ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿਚਲੇ ਅੰਤਰ ਸੰਬੰਧੀ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਗਲੇ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਆ ਰਹੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ TSDM ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜਿਹੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ਜਿਹੜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋਣ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖ ਲਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ TSDM ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਦੋਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ TSDM ਦੇ ਚੁਣੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਖੁਸ਼ ਹੋ ਉਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੀਆਂ:

- ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸਯੋਗ ਪਾਤਰ ਦੇਸਤ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ;
- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ (ਪੰਨਾ 30); ਅਤੇ
- TSDM ਸੂਚੀ (ਪੰਨਾ 28) ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸ ਉੱਪਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਸ ਤਰਤੀਬ ਵਿੱਚ ਲਿਖਣੀ ਜਿਸ ਤਰਤੀਬ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਸ ਸਮੇਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਣ ਜੇ TSDM ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਜਾਵੇ।



ਪੈਟ, 47, ਚੰਗੀ ਸਿਹਤ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਆਫਿਸ ਵਰਕਰ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਉੱਤਰੀ ਕਸਬੇ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਟੋਮ, 49, ਨਾਲ 24 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ਾਦੀਸ਼ੁਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ 20, 17 ਅਤੇ 14 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਤਿੰਨ ਬੱਚੇ ਹਨ। ਦੋ ਸਭ ਤੋਂ ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਕਾਲਜ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਲਈ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਬਾਹਰ ਚਲਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਪਿਛਲੇ ਕੁਝ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੇਸਤਾਂ ਦੇ ਚਲੇ ਜਾਣ ਪਿੱਛੋਂ, ਪੈਟ ਨੇ ਆਪਣੇ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ। ਉਸ ਨੇ ਟੋਮ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕੀਤੀ। ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਟੋਮ ਦੇ ਬਹੁਤੇ ਵਿਚਾਰ ਵੀ ਪੈਟ ਵਰਗੇ ਸਨ। ਇਕੱਠਿਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਤਾਂ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਸੰਬੰਧੀ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਵੇ।

ਪੈਟ ਅਤੇ ਟੋਮ ਨੇ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ TSDM ਸੂਚੀਆਂ ਭਰ ਦੇਣ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਕਿਉਂਕਿ:

- ਪੈਟ ਅਤੇ ਟੋਮ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਥਿਰ ਰਿਸ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਹਨ;
- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਆਦਰ ਕਰਕੇ ਉਹ ਇੱਕ ਦੂਸਰੇ ਲਈ ਚੰਗੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਹਨ;
- ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਵਜੋਂ, ਉਹ ਇੱਕ ਦੂਸਰੇ ਦੀ TSDM ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਹਨ; ਅਤੇ
- ਪੈਟ ਨੇ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਚਰਚਾ ਆਪਣੇ ਇੱਕ ਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਮਾਂ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਜਿਹੜੇ ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਦੋ ਹੋਰ TSDMs ਹੋਣ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣਗੇ, ਜੇ ਟੋਮ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ

ਜੇ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ ਵਿੱਚ ਬਾਲਗ ਆਪਣੇ ਖਾਸ ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਦੇ ਕਿਸਮ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਸਟੈਂਡਰਡ ਸਮਝੌਤਾ: ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ

ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਤੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਰੁਟੀਨ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧ, ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਟੈਂਡਰਡ ਸਮਝੌਤਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਬਦਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਹੜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਮੁਤਾਬਕ ਵਧਾਇਆ ਹੋਇਆ (ਸੈਕਸ਼ਨ 9) ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਕਰਨ ਦੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਣ। ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਕੁਝ ਨੀਵੀਆਂ ਪੱਧਰਾਂ ਦੀ ਸਮਰੱਥਤਾ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ, ਦਿਮਾਗ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਵਿਕਾਸਾਤਮਕ ਅਯੋਗਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸੱਟਾਂ/ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਿਹੜੀਆਂ ਗਿਆਨ ਹੋਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ) ਵਾਲੇ ਬਾਲਗਾਂ ਵੱਲੋਂ ਕੁਝ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਉਹ ਬਾਲਗ ਜੋ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੇ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵੱਜੋਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ:

- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਦੇਸਤ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ;
- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ (ਪੰਨਾ 30);
- ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ, ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਫਾਰਮ (ਪੰਨਾ 34); ਅਤੇ
- ਆਪਣੀ TSDM ਸੂਚੀ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਭਰਨਾ ਤਾਂ ਕਿ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਅਸਤੀਫ਼ਾ ਦੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਂਦੀ ਹੈ (ਪੰਨਾ 28) ਤਾਂ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ TSDM ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਣ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕੇ।

ਮਾਈਕਲ, 38, ਦਾ 10 ਸਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਮੋਟਰਸਾਈਕਲ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ। ਉਸ ਦੇ ਸਿਰ ਵਿੱਚ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਅਧਰੰਗ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਨ ਉਸ ਨੂੰ ਯਾਦਦਾਸ਼ਤ ਸੰਬੰਧੀ ਨਿਰੰਰਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਹ ਇਕੱਲਾ ਹੈ, ਉਸ ਦੇ ਮਾਪੇ ਮਰ ਚੁੱਕੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਭਰਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੇ ਉਹ ਨਜ਼ਦੀਕ ਹੈ ਪਰ ਉਹ ਭਰਾ ਸੂਬੇ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਮਾਈਕਲ ਪਿਛਲੇ ਅੱਠ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਵਿੱਚ ਇਕੱਲਾ ਹੀ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਵਿਸ਼ੇਸ਼ੀਕ੍ਰਿਤ ਸਾਜੋ-ਸਮਾਨ ਅਤੇ ਸਹਾਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਰਕਰਾਂ ਦੀਆਂ ਘਰ ਫੇਰੀਆਂ ਨੇ ਉਸ ਨੂੰ ਇੰਨਾ ਸਵੈਨਿਰਭਰ ਬਣਾ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਸੀ। ਉਸ ਦਾ ਵਧੀਆ ਦੋਸਤ, ਬੈਨ, ਉਸ ਨੂੰ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ ਖ਼ਰੀਦਦਾਰੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਲਈ ਲੈ ਕੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮਾਈਕਲ ਦੀ ਸਿਹਤ ਚੰਗੀ ਰਹੀ ਹੈ ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਉਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਯਾਦਦਾਸ਼ਤ ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਬਦਤਰ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨੇ ਅੱਖੇ ਹੋ ਗਏ ਹਨ। ਬੈਨ ਉੱਪਰ ਉਸ ਦੀ ਨਿਰਭਰਤਾ ਵਧਦੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਉਸ ਦੇ ਬਿੱਲਾਂ ਦੀ ਵਕਤ ਸਿਰ ਅਦਾਇਗੀ ਹੋ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਉਹ ਉਸ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਬਣਾ ਕੇ ਦੇਵੇ ਅਤੇ ਨਾਲ ਚੱਲੇ। ਮਾਈਕਲ ਦੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਨਰਸ ਨੇ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਨਿੱਜੀ, ਵਿੱਤੀ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਵੇ।

ਮਾਈਕਲ ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਸਮਝੌਤਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸਾਰੇ ਢੁਕਵੇਂ ਕਾਰਕਾਂ ਨੂੰ ਵਿਚਾਰਦੇ ਹੋਏ, ਉਹ:

- ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ, ਨਿੱਤ ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਕੁਝ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਈ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਰੱਖਣ ਦੀ ਆਪਣੀ ਇੱਛਾ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਾਈਕਲ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਉਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ;
- ਆਪਣੇ ਦੋਸਤ ਬੈਨ 'ਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬੈਨ ਉਸ ਦੀ ਦੇਖ-ਭਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ;
- ਜਾਣਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮਝਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ ਕਿ ਬੈਨ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਸੰਬੰਧੀ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰੇ;
- ਬੈਨ ਯੋਗ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਵੱਜੋਂ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੈ; ਅਤੇ
- ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਉਸ ਦਾ ਭਰਾ ਬੀ.ਸੀ. ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਉਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜੇ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰੇ ਬਾਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਮਾਈਕਲ ਦੇ TSDM ਵੱਜੋਂ ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ।

ਵਧਾਇਆ ਹੋਇਆ ਸਮਝੌਤਾ: ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ

ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜਾਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਨਾਮਜ਼ਦ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਤੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸ਼ਾਇਦ ਨਾ ਕਰ ਸਕੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਮੁਖਤਾਰ ਕਰਕੇ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪੰਨਾ 19 ਦੇਖੋ)।

ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਭਾਗ ਵੱਜੋਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ:

- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਦੇਸਤ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ;
- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ (ਪੰਨਾ 30); ਅਤੇ
- ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਫਾਰਮ (ਪੰਨਾ 44) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ; ਅਤੇ
- ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਵੱਲੋਂ ਅਸਤੀਫ਼ਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ TSDM ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਜਿਹੜੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਵੱਲੋਂ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ TSDM ਸੂਚੀ (ਪੰਨਾ 28) ਨੂੰ ਭਰਨਾ।

ਗੁਰਦੀਪ, 74, ਆਪਣੀ ਪਤਨੀ ਰਾਣੀ - ਜੇ ਬੜੀ ਥੋੜੀ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦੀ ਹੈ - ਨਾਲ 10 ਸਾਲ ਹੋਏ ਕੈਨੇਡਾ ਵਿੱਚ ਆਇਆ ਸੀ। ਸੱਤ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਗੁਰਦੀਪ ਦੀ ਸਿਹਤ ਮਾੜੀ ਚਲੀ ਆ ਰਹੀ ਹੈ। ਉਸ ਨੂੰ ਗੁਰਦਾ ਰੋਗ, ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦਾ ਉੱਚਾ ਦਬਾਅ ਹੈ। ਉਸ ਨੂੰ ਹਫ਼ਤੇ 'ਚ ਤਿੰਨ ਵਾਰੀ ਕਿਡਨੀ ਡਾਇਲਿਸਿਸ ਕਰਾਉਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ "ਕੰਜੈਸਟਿਵ ਹਾਰਟ ਫ਼ੇਲੀਅਰ" - ਜਿਹੜਾ ਹਰ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਪਿੱਛੋਂ ਬਦਤਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ - ਦਾ ਰੋਗੀ ਹੈ। ਉਹ ਅਤੇ ਰਾਣੀ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਪੁੱਤਰ ਜੀਤ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਹੜਾ ਦੇਖ-ਭਾਲ ਵਿੱਚ ਗੁਰਦੀਪ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟਾਂ 'ਤੇ ਗੁਰਦੀਪ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਗੁਰਦੀਪ ਦੇ ਪੰਜ ਬੱਚੇ ਹਨ ਜਿਹੜੇ ਨਜ਼ਦੀਕ ਹੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰਿਆਂ ਨਾਲ ਉਸ ਦੇ ਚੰਗੇ ਸੰਬੰਧ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਗੁਰਦੀਪ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖ਼ਰਾਬ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਉਸ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰੇ ਤਾਂ ਕਿ ਉਸ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇਹ ਸਪਸ਼ਟ ਹੋ ਜਾਵੇ ਕਿ ਜੇ ਗੁਰਦੀਪ ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਲਈ ਕੌਣ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰੇਗਾ।



ਗੁਰਦੀਪ ਨੇ ਆਪਣੀ ਪਤਨੀ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਕਰ ਲਈ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦੇਵੇਗਾ। ਉਹ ਦਰਦ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਫਿਕਰਮੰਦ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਉਹ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜੇ ਜਾਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੇਗਾ। ਉਸ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਸਰੋਕਾਰਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਉਹ ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾਨੀ ਵੀ ਬਣਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰੇਗਾ। ਉਸ ਨੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਉਹ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਜੀਤ ਨੂੰ ਉਸ ਲਈ ਸਿਹਤ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਨੂੰ ਪਸੰਦ ਕਰੇਗਾ।

ਗੁਰਦੀਪ ਨੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ:

- ਜੀਤ TSDM ਸੂਚੀ ਦੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਗੁਰਦੀਪ ਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਹੋਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਸ ਨੂੰ ਉਸ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਪੁੱਛਿਆ ਜਾਵੇ;
- ਗੁਰਦੀਪ ਜਾਣਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੀਤ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਅਨੁਵਾਦਕ ਦੇ ਉਸ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ;
- ਗੁਰਦੀਪ ਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ ਜੀਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਕਰੇਗਾ ਜਿਹੜੇ ਉਸ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੀਤ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਵਿੱਚ ਰਾਈ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੇਗਾ; ਅਤੇ
- ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਜੀਤ ਲਈ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰੇਗਾ।

ਜੀਤ ਵੱਲੋਂ ਅਸਤੀਫ਼ਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਗੁਰਦੀਪ ਆਪਣੇ ਬਦਲਵੇਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਵੱਜੋਂ ਆਪਣੇ ਦੂਸਰੇ ਬੱਚਿਆਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰਨ ਦੀ ਇੱਛਾ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਜਾਂ ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਗੁਰਦੀਪ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਫ਼ਾਰਮ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਗੁਰਦੀਪ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਨੂੰ ਪੁੱਛੇ ਬਗ਼ੈਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਬਦਲ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਦੇਣਗੇ ਕਿ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ ਗੁਰਦੀਪ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਕਿਸੇ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਬਿਆਨ ਕਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਉਹ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਤੇ ਫੈਸਲੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤਕ ਤੁਹਾਡਾ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਸਮੇਂ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ, ਉਦੋਂ ਤਕ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ TSDM ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਉਦੋਂ ਹੀ ਚੁਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ।

ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਭਾਗ ਵੱਜੋਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਦਰਜ ਗੱਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ:

- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਮੈਂਬਰਾਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਦੇਸਤ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ;
- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ (ਪੰਨਾ 30);
- ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ (ਪੰਨਾ 50) ਵਿੱਚ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਲਈ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਰੂਪਰੇਖਿਤ ਕਰਨਾ; ਅਤੇ
- ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਵੱਲੋਂ ਅਸਤੀਫ਼ਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ TSDM ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਜਿਹੜੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ TSDM ਸੂਚੀ (ਪੰਨਾ 28) ਨੂੰ ਭਰਨਾ।

ਜੈਨੀ, 58, 24 ਸਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਚੀਨ ਤੋਂ ਕੈਨੇਡਾ ਆਈ ਸੀ। ਉਹ ਅਣਵਿਆਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਕੋਈ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉਹ ਇੱਕ ਬਿੱਲੀ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਬਹੁਤ ਹੀ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਦੋਸਤ ਰੋਜ਼ ਸਮੇਤ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਦੋਸਤਾਂ ਦੇ ਗਰੁੱਪ ਵਾਲੀ ਏਕਾਂਤ ਪਸੰਦ ਇਨਸਾਨ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਅਕਸਰ ਸੈਰ-ਸਪਾਟੇ 'ਤੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੈਨੀ ਆਪਣੀ ਸਾਰੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਸਿਹਤਮੰਦ ਰਹੀ ਹੈ ਪਰ ਇੱਕ ਮਹੀਨਾ ਪਹਿਲਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਤਿੱਖੀ ਚੜ੍ਹਾਈ ਚੜ੍ਹਦੇ ਹੋਏ ਛਾਤੀ ਦਾ ਜ਼ਬਰਦਸਤ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਇਆ। ਅਨੇਕ ਟੈਸਟਾਂ ਪਿੱਛੋਂ, ਜੈਨੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਜੈਨੀ ਦੀਆਂ ਧਮਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਰੋਕ ਪੈ ਰਹੀ ਹੈ, ਉਸ ਦਾ ਕਲੈਸਟਰੋਲ ਬਹੁਤਾ ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰੇ ਹੋਣ ਦਾ ਗੰਭੀਰ ਖਤਰਾ ਹੈ। ਉਸ ਦੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਉਸ ਨੇ ਦਵਾਈਆਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ, ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਉਹ ਸਿਗਰਟ ਪੀਣੀ ਛੱਡ ਦੇਵੇ ਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਹੋਰ ਅਗਾਂਹ

ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਦਿਲ ਦੇ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਭੇਜ ਦਿੱਤਾ। ਉਸ ਨੇ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਉਹ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਉਸ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲਿਆਂ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਹੋਇਆ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਵੱਲੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਕਿਉਂਕਿ ਉਸ ਦਾ ਕੋਈ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਸੋਚਣ ਪਿੱਛੋਂ ਕਿ ਜੇ ਉਸ ਦੀ ਹਾਲਤ ਬਦਤਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੈਨੀ ਨੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ।



ਜੈਨੀ ਨੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਕਿਉਂਕਿ:

- ਜੈਨੀ ਦਾ ਕੋਈ ਪਰਿਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਚੋਣ ਵਿੱਚ ਪਾਉਣ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਦੋਸਤ ਉਸ ਦੇ TSDM ਵਜੋਂ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਵੇ;
- ਜੈਨੀ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰੇ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣਾ ਹੈ, ਜਾਰੀ ਰਹਿਣਾ ਹੈ ਜਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣਾ ਹੈ, ਸੰਬੰਧੀ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨਿਸ਼ਚਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਅਤੇ
- ਉਸ ਨਾਲ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਸੰਬੰਧੀ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਕਰਨ ਪਿੱਛੋਂ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ, ਜੈਨੀ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਜੈਨੀ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਲਈ ਉਸ ਦੀਆਂ ਉਮੀਦਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਜਾਣਦਾ ਹੈ।

ਜੈਨੀ ਆਪਣੀ ਦੋਸਤ ਰੋਜ਼ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ, ਜੋ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਇੱਛਾ ਰੱਖ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਇੱਕ TSDM ਵੱਜੋਂ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਦੇ ਸੰਪਰਕਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਉਹ ਆਪਣੇ ਵਿੱਤੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਅਤੇ ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਇੱਕ ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਇੱਛਾ ਵੀ ਰੱਖ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇ ਉਹ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਆਪ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਦੇਖੋ ਪੰਨਾ 19)।

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਨਿਜੀ ਹਾਲਾਤ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਚੁਣੇਗਾ ਜਾਂ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਚੁਣੇਗਾ ਜਾਂ ਫਿਰ ਸਿਰਫ਼ ਆਪਣੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰ ਕੇ TSDM ਵਾਸਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ ਦੇ ਨਿੱਜੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੇ ਕਨੂੰਨ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼, ਦੋਹਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦਾ ਬਦਲ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼, ਦੋਵੇਂ ਹੀ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕਿਸੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪੁੱਛਿਆਂ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਤਾਂ ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦਾ ਵਰਣਨ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਸਮਝੌਤੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਭਾਗ ਵਜੋਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ:

- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨਾ;
- ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਣਾ (ਪੰਨਾ 30);
- ਸੈਕਸ਼ਨ 7 (ਪੰਨਾ 34) ਜਾਂ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 (ਪੰਨਾ 44) ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣਾ;
- ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ (ਪੰਨਾ 50) ਵਿੱਚ ਭਵਿੱਖ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਲਈ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਰੂਪਰੇਖਿਤ ਕਰਨਾ [ਨੋਟ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਬਿਆਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ, ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਇੱਛਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕਾਰਜ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ]; ਅਤੇ
- ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਵੱਲੋਂ ਅਸਤੀਫ਼ਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ TSDM ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਜਿਹੜੇ ਲੋਕਾਂ ਤਕ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਵੱਲੋਂ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ TSDM ਸੂਚੀ (ਪੰਨਾ 28) ਨੂੰ ਭਰਨਾ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪੁੱਛਿਆਂ ਕਾਰਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਬਣਾਉਣਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਦਾਇਤਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਮੈਰੀ, 34, ਵਿੱਚ ਮਨੋਰੋਗ ਦੇ ਮੁੱਢਲੇ ਪੜਾਅ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਉਸ ਸਮੇਂ ਉਹ 16 ਸਾਲ ਦੀ ਸੀ। ਬਹੁਤਾ ਸਮਾਂ ਉਹ ਠੀਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕਾਰਜ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖ-ਭਾਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਟੋਨੀ ਨਾਲ ਵਿਆਹੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਕੰਮ ਦੇ ਸਿਲਸਿਲੇ ਵਿੱਚ ਟੋਨੀ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਘਰੋਂ ਦੂਰ ਜਾਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਦੀ ਭੈਣ, ਜੀਐਨ, ਨੇੜੇ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਵੀ ਉਸ ਲਈ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਮੈਰੀ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਮੈਰੀ ਦੀ ਤਬੀਅਤ ਖਰਾਬ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਅਜਿਹਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਦੇ ਮਨੋਰੋਗ ਦੇ ਮੁੜ ਮੁੜ ਵਾਪਰਨ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣਾਂ ਕਾਰਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਵਾਪਰਦਾ ਹੈ ਉਦੋਂ ਉਹ ਆਪਣੀ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੀ ਦੇਖ-ਭਾਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਸ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਈ ਵਾਰੀ ਉਸ ਨੂੰ ਸਥਾਨਕ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਸਾਈਕਿਆਟ੍ਰਿਕ ਯੂਨਿਟ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਘਟਨਾ-ਚੱਕਰ ਹਰ ਸਾਲ ਜਾਂ ਦੋ ਸਾਲ ਪਿੱਛੋਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਮੈਰੀ ਦੇ ਲੱਛਣ ਤੀਬਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਕਈ ਵਾਰੀ ਅਜਿਹਾ ਇਲਾਜ ਲੈਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਿਹੜਾ ਉਸ ਦੀ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪਿਛਲੀ ਵਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਰਹਿਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਨ੍ਹਾਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੇ ਲਈ ਚਿਰਕਾਲੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਾਰੇ ਮੈਰੀ ਨੇ ਟੋਨੀ, ਆਪਣੇ ਸਾਈਕਿਆਟ੍ਰਿਸਟ ਅਤੇ ਜੀਐਨ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਸੀ। ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਉਸ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਫੇਰੀ ਦੌਰਾਨ ਮੈਰੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚਲੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਨੂੰ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰਨ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਸੀ। ਇਹ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਜੇ ਮੈਰੀ ਨੂੰ ਉਸ ਸਮੇਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈ ਜਾਵੇ ਜਦੋਂ ਟੋਨੀ ਵੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਾਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਰੁਟੀਨ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਵਿੱਤੀ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਮੈਰੀ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿੱਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਵੇ। ਮੈਰੀ ਦੇ ਮਨੋਰੋਗ ਲੱਛਣ ਮੁੜ ਵਾਪਰਨ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਛੇਤੀ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣਾ ਸੰਭਵ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਉਸ ਨੂੰ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਵੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਮੈਰੀ ਨੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ।

ਮੈਰੀ ਨੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਕਿਉਂਕਿ:

- ਜੇ ਮੈਰੀ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਟੋਨੀ ਬਾਹਰ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਮੈਰੀ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ, ਜੀਐਨ, ਮੈਰੀ ਦੇ ਰੁਟੀਨ ਵਿੱਤਾਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕੇਗੀ। ਜੀਐਨ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਮੈਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਾਤ ਲਈ ਸੀਮਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮੈਰੀ ਦੇ ਮਨੋਰੋਗ ਦੇ ਲੱਛਣ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅਵਸਥਾ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
- ਮੈਰੀ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੀ ਕਿ ਜੀਐਨ ਉਸ ਲਈ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰੇ ਨੂੰ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰੇ।
- ਮੈਰੀ ਦਾ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਉਸ ਨੂੰ ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਵਿਸਥਾਰਤ ਹਦਾਇਤਾਂ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾ ਸਕੇ।
- ਜਦੋਂ ਮੈਰੀ ਨੂੰ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਭਾਵੇਂ ਉਸ ਸਮੇਂ ਉਹ ਇਲਾਜ ਲੈਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਹੀ ਕਿਉਂ ਨਾ ਕਰ ਦੇਵੇ, ਪਰ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਵੇਗਾ ਕਿ ਮੈਰੀ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਮਿਲੇ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪੁੱਛਿਆਂ ਕਾਰਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਬਣਾਉਣਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਦਾਇਤਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਦਾ ਹੈ।



ਡੌਨ, 68, ਇੱਕ ਬਿਜਨੈਸਮੈਨ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦੋ ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੈ। ਡੌਨ ਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਹੀਂ ਹਨ – ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਹ 50 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਸਿਗਰਟੀਨੋਸੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਸ ਨੂੰ ਦਾਇਮੀ ਖਾਂਸੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਭਾਰ ਕੁਝ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ। ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਉਸ ਦੇ ਇੱਕ ਦੇਸਤ ਦੀ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਨਾਲ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਭਰਾ ਦੀ ਪੰਜ ਸਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ ਨਾਲ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਸੀ। ਡੌਨ ਦਾ ਦੋ ਵਾਰੀ ਤਲਾਕ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਉਸ ਦੀਆਂ ਤਿੰਨ ਬਾਲਗ ਧੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਉਸੇ ਸ਼ਹਿਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਹਾਲੀ ਵੀ ਉਹ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਪਤਨੀ ਦਾ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਦੇਸਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਨਵੀਂ ਸਾਥਣ ਸ਼ੀਲਾ ਨਾਲ ਆ ਕੇ ਰਹਿਣ ਲੱਗ ਗਿਆ ਹੈ। ਡੌਨ ਦੀਆਂ ਧੀਆਂ ਸ਼ੀਲਾ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜਾਣਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਛੋਟੀ ਧੀ, ਕੈਰਨ, ਨਾਲ ਚੰਗੀ ਨਿਭਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਉਸ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਦੀ ਹੈ। ਡੌਨ ਇੱਕ ਰੁਟੀਨ ਟੈਸਟ ਲਈ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਨੇ ਆਪਣੀਆਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ-ਬਾਤ ਕੀਤੀ ਸੀ। ਉਸ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਸੀ ਕਿ ਉਹ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚੇ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੇ ਕਿ ਜੇ ਉਹ ਆਪਣੇ ਹੀ ਸਿਹਤ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਕੌਣ ਹੋਵੇਗਾ। ਡੌਨ ਨੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ।

ਡੌਨ ਨੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਕਿਉਂਕਿ:

- ਡੌਨ ਦੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸੰਬੰਧ ਹਨ ਜਿਹੜੇ ਉਸ ਦੀ ਦਿਲੋਂ ਪਰਵਾਹ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਡੌਨ ਬੀਮਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਬਹੁਤੇ ਲੋਕ ਇਹ ਸੋਚ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਡੌਨ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਬਿਨਾਂ, ਡੌਨ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਨੂੰ ਡੌਨ ਦੇ TSDM ਵੱਜੋਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੀਲਾ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਉਸ ਦੀਆਂ ਧੀਆਂ ਫ਼ਿਕਰਮੰਦ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਚਤ ਕਰ ਕੇ, ਡੌਨ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਉਸ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਵੇਗਾ।

ਜੇ ਡੌਨ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਪਤਨੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਛੋਟੀ ਧੀ ਕੈਰਨ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਆਪਣਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਹੋਣ ਲਈ ਇੱਕ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਦਾ ਨਾਮ ਉਸ ਦੇ ਬਦਲ ਵੱਜੋਂ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ

ਇੱਕ ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਬਾਲਗਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵਿੱਤੀ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਬਾਬਤ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦੂਸਰੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੁਖਤਾਰ ਕਰਕੇ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਮੁਖਤਾਰ) ਨੂੰ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਬਾਲਗ ਦੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।

ਮੁਖਤਾਰਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਢੁਕਵੇਂ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਘੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮਿਸਾਲ ਲਈ, ਇਸ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਚੈਂਕਿੰਗ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਚੈੱਕ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਰੇ ਅਸਾਸਿਆਂ ਤਕ ਪੂਰੀ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਮੁਖਤਾਰ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨਾ ਲੈਣ। ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਸਮਝੌਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਫੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨ ਦਾ ਇੱਕੋ ਇੱਕ ਤਰੀਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਰੋਤ

ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਫਾਰਮ ਇਸ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ:

www.ag.gov.bc.ca/incapacity-planning/pdf/Enduring_Power_of_Attorney.pdf

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ Public Guardian and Trustee of British Columbia (ਪਬਲਿਕ ਗਾਰਡੀਅਨ ਐਂਡ ਟਰੱਸਟੀ ਆਫ਼ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ) ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ: www.trustee.bc.ca

Lawyer Referral Service ਲਾਇਰ ਰੈਫਰਲ ਸਰਵਿਸ (www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)

Canadian Bar Association (ਕੈਨੇਡੀਅਨ ਬਾਰ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ) ਦੀ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ ਬਰਾਂਚ ਵੱਲੋਂ ਸੰਚਾਲਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਮਾਮੂਲੀ ਜਿਹੀ ਫੀਸ ਦੇ ਬਦਲੇ 30 ਮਿੰਟਾਂ ਤਕ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਕੀਲ ਨਾਲ ਅਰੰਭਕ ਮਸ਼ਵਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਉਪਰੋਕਤ ਸਵੇਰੇ 8:30 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਤਕ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਸ਼ੁਕਰਵਾਰ ਤਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਲੇਅਰ ਮੇਨਲੈਂਡ ਵਿੱਚ ਫੋਨ 604 687-3221, ਜਾਂ ਬੀ.ਸੀ. ਵਿੱਚ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ 1 800 663-1919.

ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨਾ

ਸਮਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿੱਜੀ ਹਾਲਾਤ ਬਦਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਸਮਰੱਥ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਕਤ ਵੀ ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲ ਜਾਂ ਰੱਦ (ਮਨਸੂਖ) ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਬਾਕਾਇਦਗੀ ਨਾਲ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰਨੀਆਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੰਨਣਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ, ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਜਾਂ ਸੰਭਾਵੀ TSDM ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਅਜੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਰਾਜ਼ੀ ਅਤੇ ਯੋਗ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਦਾਇਤਾਂ ਸਮੇਤ ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਹਾਲਾਤ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਵੇਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਬਿਲਕੁਲ ਤਾਜ਼ਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ।

ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ) ਸਮੇਤ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਜਾਂ ਨਵਿਆਉਣਾ, ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ।

1. ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਸਾਰ, TSDM ਸੰਪਰਕ ਸੂਚੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ:
ਪੁਰਾਣੇ ਪੰਨਿਆਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰ ਦਿਉ ਅਤੇ ਨਵੇਂ ਭਰੋ। ਜਿਹੜੇ ਪੰਨਿਆਂ ਉੱਪਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖਣੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵੀ ਕੋਈ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਸੀ ਅਤੇ ਹੁਣ ਵੀ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਕਦਮ 4 'ਤੇ ਚਲੋ ਜਾਓ।
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣਾ [ਸੈਕਸ਼ਨ 7 (ਪੰਨਾ 34) ਜਾਂ ਸੈਕਸ਼ਨ 9 (ਪੰਨਾ 44)] ਜਾਂ ਇੱਕ ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ (ਪੰਨਾ 49) ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੋਸਤਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ।
2. ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ (ਸੈਕਸ਼ਨ 7 ਜਾਂ 9) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੇ ਬਦਲ ਹਨ:
 - ਆਪਣੇ ਵਰਤਮਾਨ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰੋ ਅਤੇ ਫਿਰ ਗਵਾਹਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਉਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਪਾਉ ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਮੂਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਜਾਂ
 - ਪੁਰਾਣਿਆਂ ਨੂੰ ਬਦਲਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਨਵੇਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੀ ਰਚਨਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪੁਰਾਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਪੁਰਾਣੇ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿਉ (ਦੇਖੋ 3)।

3. ਮੌਜੂਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੋਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨਾ

ਮੌਜੂਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੋਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ (ਮਨਸੂਖ) ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ:

- ਮੂਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਵਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤਿਆਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪੁਰਾਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੇ ਇਰਾਦੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ; ਅਤੇ
- ਬਦਲਵੇਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਜਾਂ ਨਿਗਰਾਨ ਸਮੇਤ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਵੱਜੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਾਮਜ਼ਦਗੀ ਰੱਦ (ਮਨਸੂਖ) ਕਰਨ ਲਈ ਲਿਖਤੀ ਇਤਲਾਹ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

4. ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਇਤਲਾਹ

ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨ ਪਿੱਛੋਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਕਾਰਜ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ:

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੇਸਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੋਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਸਮੇਤ ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।
- ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ, ਦੇਸਤਾਂ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ (ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਹੈ), ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਨੂੰ ਕਹੋ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪੁਰਾਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਅਤੇ ਅਗੇਤੋਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਸਮੇਤ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦੇਣ ਤਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰ ਸਕੋ।
- ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਅਤੇ ਅਗੇਤੋਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤਾ ਹੈ) ਸਮੇਤ ਆਪਣੀ ਨਵੀਂ ਬਦਲੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਆਪਣੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੇਸਤ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤੇ (ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।
- ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਤਾਜ਼ੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਜਾਂ ਅਗੇਤੋਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਸਮੇਤ ਆਪਣੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸਭ ਸੰਬੰਧਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਕਹਿਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਉਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਕੇ ਤਾਜ਼ਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਿਖਣ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਡਾਕਟਰੀ ਹੁਕਮ ਜੋ ਕਿ ਹੁਣ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ।

ਸ਼ਬਦਾਂ ਦੀਆਂ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ

ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਜਾਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬਦਲਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸੇਧ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਬਾਲਗ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਇੱਛਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰ/ਦੋਸਤ (ਦੋਸਤਾਂ) ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਅਜਿਹੇ ਸਮਾਂ ਆਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਤੋਂ ਅਗੇਤੀ।

ਅਗੇਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਦੀਆਂ ਲਿਖਤੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਹੜੀਆਂ ਉਸ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਬਾਲਗ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲਈ ਕਿਹੜੀਆਂ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਅਗੇਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਹਾਲਾਤ ਅਤੇ ਇਲਾਜਾਂ 'ਤੇ ਹੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਦੀ ਖੁੱਲ੍ਹ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਿਉਂ-ਜਿਉਂ ਮੌਤ ਨਜ਼ਦੀਕ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਉਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਰਦ ਜਾਂ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨਾਲ ਸਾਹ ਆਉਣ ਜਿਹੇ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਕਾਰਡੀਉਪੁਲਮੋਨਰੀ ਪੁਨਰਜੀਵਨ (CPR) ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਦਿਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਫੇਫੜੇ ਅਚਾਨਕ ਹੀ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਇਹ ਉਦੋਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਜੀਵਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਸੰਕਟ ਅਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। CPR ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਛਾਤੀ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਮੁੜ ਦਬਾਉਣਾ ਅਤੇ ਸਾਹ ਲੈਣ ਨੂੰ ਚਾਲੂ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਫੇਫੜਿਆਂ ਨੂੰ ਫੈਲਾਉਣਾ ਅਤੇ ਆਕਸੀਜਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਡਾਇਐਲਾਸਿਸ ਇੱਕ ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਗੁਰਦੇ ਉਸ ਦੇ ਖੂਨ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਉਦੋਂ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਾ।

ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਜੀਵਨ ਦੀ ਅੰਤਲੀ ਅਵਸਥਾ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਕਤ ਦੌਰਾਨ ਉਪਲਬਧ ਕੀਤੀ ਗਈ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਨੂੰ ਸਹਾਇਕ ਦੇਖ-ਰੇਖ, ਸ਼ਾਂਤੀਕਾਰੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਜਾਂ ਲੱਛਣ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤ ਦੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਜਿਸਮਾਨੀ, ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ, ਅਤੇ ਅਧਿਆਤਮਕ ਸਰੋਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸੰਬੋਧਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੁਖ, ਫੈਸਲਿਆਂ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਸਹਾਰੇ 'ਤੇ ਕੇਂਦ੍ਰਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅੰਤਰ-ਅਨੁਸ਼ਾਸਨੀ ਸਮੂਹ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਇੱਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਬਾਲਗ ਦੂਸਰੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਿ ਦਾ ਮੁਖਤਾਰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵਿੱਤੀ ਮਾਮਲਿਆਂ, ਕਾਰੋਬਾਰ ਅਤੇ ਜਾਇਦਾਦ ਸਬੰਧੀ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ (ਮੁਖਤਾਰ) ਨੂੰ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਬਾਲਗ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਉਹ ਕਾਰਜ ਕਰ ਸਕੇ ਜਾਂ ਕਾਰਜ ਕਰਨੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੇ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਮੁਖਤਾਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਫੈਸਲੇ ਨਾ ਕਰਨ।

ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹੈਲਥ ਪ੍ਰੋਫੈਸ਼ਨਲ ਐਕਟ ਅਤੇ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰਜ਼ ਐਕਟ ਤਹਿਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲਾ/ਵਾਲੀ ਲਾਇਸੈਂਸ-ਸੁਦਾ, ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ, ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਸੁਦਾ ਪੇਸ਼ਾਵਰ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ ਡਾਕਟਰ, ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ, ਰਜਿਸਟਰਸੁਦਾ ਨਰਸ) ਹੁੰਦਾ/ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਕੁਝ ਵੀ ਜੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੰਬੰਧੀ, ਨਿਵਾਰਕ, ਸ਼ਾਂਤੀਕਾਰੀ, ਤਸ਼ਖੀਸੀ, ਸਿੰਗਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਮਕਸਦਾਂ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜਾਂ ਜਾਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ ਖੂਨ ਦੇ ਦਬਾਅ ਦੀਆਂ ਗੋਲੀਆਂ ਦੇਣੀਆਂ, ਜ਼ਖਮ ਦੀ ਦੇਖ-ਭਾਲ ਕਰਨੀ) ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤਕ ਲਈ ਵੰਨ-ਸੁਵੰਨੇ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਮੰਤਵਾਂ ਦੀਆਂ ਲੜੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਅਸਮਰੱਥ (ਅਸਮਰੱਥਤਾ) ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਇਹ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਪਰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਕਿ ਕੀ ਬਾਲਗ ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਸਮਝ ਆ ਰਹੀਆਂ ਹਨ:

1. ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ;
2. ਜੋਖਮਾਂ, ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਬਦਲਾਂ ਸਮੇਤ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੀ ਰੂਪ-ਰੇਖਾ
3. ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਨਾਲੀ ਰਾਹੀਂ ਖੁਰਾਕ ਦੇਣੀ, ਵੈਂਟੀਲੇਟਰਜ਼ (ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਸ਼ੀਨਾਂ), ਗੁਰਦਾ ਡਾਇਲਿਸਿਸ, ਦਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ ਕਾਰਡੀਉਪੁਲਮੋਨਰੀ ਪੁਨਰਜੀਵਨ ਦੇਣ ਵਰਗੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦਾ ਟੀਚਾ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਜਾਂ ਵਧਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਅਤੇ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਟੀਚਿਆਂ ਨਾਲ ਇਕਸੁਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਨਿਗਰਾਨ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਆਪਣੀਆਂ ਡਿਊਟੀਆਂ ਨਿਭਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਇੱਕ ਰਜਿਸਟਰਸ਼ੁਦਾ ਨਰਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੇ ਰਜਿਸਟਰਸ਼ੁਦਾ ਹੋਣ ਅਤੇ ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੀ ਪਦਵੀ ਵਰਤਣ ਲਈ ਪੇਸ਼ੇ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰ ਲਈਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਹ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ, ਦਵਾਈਆਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕਰਨ, ਟੈਸਟਾਂ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦੇਣ ਅਤੇ ਆਮ ਤੀਬਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਚਿਰਕਾਲੀ ਹਾਲਤਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਸਥਾਰਤ ਨਰਸਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਨਿੱਜੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕਮੇਟੀ) ਜਦੋਂ ਬਾਲਗ ਆਪਣੇ ਆਪ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਬਾਲਗ ਦੇ ਲਾਭ ਲਈ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਅਦਾਲਤ ਵੱਲੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਲੋੜਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਰਹਿਣ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਬੰਧ, ਖੁਰਾਕ, ਪੁਸ਼ਾਕ, ਸਰੀਰਕ ਸਫ਼ਾਈ, ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ।

ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਇੱਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹੜਾ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਜਿਸ ਨੂੰ ਮੁਖਤਾਰ ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਵੱਲੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿੱਤੀ, ਕਾਰੋਬਾਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਮੁਖਤਾਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਫੈਸਲੇ ਨਾ ਕਰੇ।

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ 19 ਸਾਲਾਂ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਉਮਰ ਦਾ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਜੇ ਕਦੇ ਬਾਲਗ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁਦ ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਨਾ ਲੈ ਸਕੇ ਤਾਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਉਸ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕੇ।

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤਾ (RA) ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਵੱਲੋਂ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕਦੇ ਬਾਲਗ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁਦ ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਨਾ ਲੈ ਸਕੇ ਤਾਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਉਸ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀਆਂ ਹੇਠ ਦਰਜ ਦੋ ਕਿਸਮਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ:

1. **ਸੈਕਸ਼ਨ 7 RA:** ਬਾਲਗ ਉਸ ਵੱਲੋਂ ਰੁਟੀਨ ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਮਾਮਲਿਆਂ, ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲੇ, ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਵਿੱਚ ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲੇ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
2. **ਸੈਕਸ਼ਨ 9 RA:** ਜੀਵਨ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਫੈਸਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਬਾਲਗ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜੋ:

- a. ਦੂਸਰੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਵਿਆਹਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੂਸਰੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲੋਂ ਅਲੱਗ ਅਤੇ ਡਾਈਵੋਰਸ ਐਕਟ (ਕੈਨੇਡਾ) ਦੇ ਅਰਥਾਂ ਅਧੀਨ ਵੱਖ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ; ਜਾਂ
- b. ਸਮਲਿੰਗੀ ਰਿਸ਼ਤਿਆਂ ਸਮੇਤ ਦੂਸਰੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸ਼ਾਦੀ ਵਰਗੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਅਤੇ ਸਹਿਵਾਸ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਅਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਿੱਜੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕਮੇਟੀ), ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਆਰਜ਼ੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਆਰਜ਼ੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਅਕਤੀ (TSDM) ਜਦੋਂ ਦੇਖ ਰੇਖ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਉਦੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਇੱਕ ਅਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਇਲਾਜ ਫੈਸਲੇ ਕਰਨ ਲਈ ਚੁਣਿਆ ਗਿਆ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਬਾਲਗ ਕੋਲ ਅਜਿਹਾ ਅਗੋਤਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਹੋਵੇ ਜਿਹੜਾ ਸਮੇਂ ਦੀ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਧ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜੇ ਉਸ ਕੋਲ ਇੱਕ ਨਿੱਜੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਫਿਰ TSDM ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ।

ਨਾਲੀ ਰਾਹੀਂ ਖੁਰਾਕ ਦੇਣੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਹਾਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਇੱਕ ਵਿਧੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਹੜਾ ਆਪਣੇ ਮੂੰਹ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਖਾਣਾ ਨਹੀਂ ਖਾ ਸਕਦਾ। ਨਾਲੀ ਦੁਆਰਾ ਖੁਰਾਕ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਾਲੀ ਦੀ ਅਸਥਾਈ ਜਾਂ ਸਥਾਈ ਸਥਾਪਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਰਾਹੀਂ ਤਰਲ ਭੋਜਨ ਨੂੰ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਨੱਕ ਜਾਂ ਢਿੱਡ ਦੁਆਰਾ ਰਾਹੀਂ ਉਸ ਦੇ ਮਿਹਦੇ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਫੇਫੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਕੱਢਣ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਇੱਕ ਮਸ਼ੀਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਤਰਤੀਬ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ Putting Your Papers in Order

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਰੇ ਨਿੱਜੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਥਾਂ ਰੱਖਣ ਦਾ ਇੱਕ ਚੰਗਾ ਵਕਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਥਾਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੋਂ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਲੱਭਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਤਰਤੀਬ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਇਨਚਾਰਜ ਥਾਪਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਸੂਚੀ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਜਿਹੜੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਬਣੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੇ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਢੁਕਵੇਂ ਖਾਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ।

ਮੈਂ ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾਨੀ ਹਾਂ (www.transplant.bc.ca 'ਤੇ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋਵੋ): ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No
I am an organ donor (register at www.transplant.bc.ca)

ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮੇ ਤਹਿਤ ਇੱਕ ਮੁਖਤਾਰ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ: ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No
I have appointed an attorney under a power of attorney:

ਮੁਖਤਾਰ ਦਾ ਨਾਮ/Name of attorney: _____

ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮੇ ਤਹਿਤ ਇੱਕ ਮੁਖਤਾਰ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ: ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No
I have appointed an attorney under an enduring power of attorney:

ਮੁਖਤਾਰ ਦਾ ਨਾਮ/Name of attorney: _____

ਮੇਰੇ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮੇ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿੱਥੇ ਹਨ:
Where to find my power of attorney and/or enduring power of attorney documents:

ਮੇਰੀ ਇੱਕ ਵਸੀਅਤ ਹੈ I have a will: ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No

ਮੇਰੀ ਵਸੀਅਤ ਕਿੱਥੇ ਪਈ ਹੈ Where to find my will: _____

ਮੇਰਾ ਇੱਕ ਵਕੀਲ ਹੈ I have a lawyer: ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No

ਵਕੀਲ ਦਾ ਨਾਮ/Name of lawyer: _____ ਫੋਨ/ Phone: _____

ਮੇਰੀ ਇੱਕ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਹੈ I have a life insurance policy: ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No

ਕੰਪਨੀ/Company: _____

ਮੈਂ ਮਾਤਮੀ ਅਤੇ ਅੰਤਿਮ ਸਸਕਾਰ/ਦਾਹ ਸਸਕਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਹਨ:
I have made funeral and burial/cremation arrangements: ਹਾਂ Yes ਨਹੀਂ No

ਕੰਪਨੀ/Company: _____ ਫੋਨ/Phone: _____

ਦੂਸਰੇ ਕਾਗਜ਼ਾਤ/Other papers:

ਮੇਰੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ



ਵਰਕਬੁੱਕ ਸੈਕਸ਼ਨ ਕੇਵਲ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਕੀਲ, ਨੋਟਰੀ, ਅਨੁਵਾਦਕ, ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਾਤਰ ਦੋਸਤ ਜਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਲੈਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਹੜਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਅਤੇ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਜਾਣਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਫਾਰਮ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਪੰਨੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹਦਾਇਤਾਂ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਗੀਆਂ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਪੰਨਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪਾੜ ਕੇ ਕੱਢ ਸਕੋ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।

ਕੇਵਲ ਉਹ ਹੀ ਪੰਨੇ ਭਰੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੋਣ ਕੀਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਲਈ ਹੈ। ਜੇ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਆਪਣੀਆਂ ਭਵਿੱਖ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਇਸ ਗਾਈਡ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਅਗੇਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਵੱਖ ਵੱਖ ਬਦਲਾਂ ਦੇ ਵਰਣਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

My Advance Care Plan - Summary

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): _____ Signature: _____

Date this advance care plan was completed: _____
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan: Yes No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
 - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
 - Form 2 - Certificate of Monitor
 - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
 - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ is my health care provider. Phone: _____

My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

Grandchildren (any - birth order does not matter)

Name	Phone

Name	Phone

Anyone else related to me by birth or adoption

Name	Phone

Name	Phone

Close friend

Name	Phone

Name	Phone

A person immediately related to me by marriage (ranked equally)

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

My Beliefs, Values and Wishes

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

Note: If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

My beliefs (what gives my life meaning)

My values (what I care about in my life)

--

My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)

--

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

My Representative - Standard Agreement (section 7)

Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – naming a Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)
(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

7. MONITOR

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, _____
Name

of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement
 - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location
on _____ date

Declarant's Signature

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

NOTE 3: Naming a Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative's duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult's financial affairs, unless the representative is the adult's spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

NOTE 7: Information for witnesses

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
 - iv. A person who is under 19 years of age;
 - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code],

_____ [date of birth, if not a trust company or credit union].

Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of representative, alternate representative or
authorized signatory of a trust company or credit union

date

Form 2 - Certificate of Monitor

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of monitor

date

Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

Part 1 - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

signature of person signing for the adult

date

Form 4 - Certificate of Witnesses

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of witness

date

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – who may be named as Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)
(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by me, my Representative, or my Alternate Representative (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not do)

Pursuant to section 9 (1) (a) of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to do anything that the Representative considers necessary in relation to my personal care and health care.

7. INSTRUCTIONS OR WISHES (OPTIONAL)

(See Note 6 - consultation with a health care provider)

The following are my instructions or wishes with respect to decisions that will be made within the areas of authority given to my Representative under this Representation Agreement:

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:
I, _____
Name
of _____
Full Address

SOLEMNLy DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - adult who made the representation agreement
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location _____ Declarant's Signature
on _____ date

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

NOTE 3: Who may be named as Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not do

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: Consultation with a health care provider

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

NOTE 7: Information for witnesses

(a) The following persons may not be a witness:

- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
- iv. A person who is under 19 years of age;
- v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

(b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required,

I give the following instructions:

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

I refuse to consent to the following health care:

4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

5. SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
 - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
 - iii. A person who is under 19 years of age;
 - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
 - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
 - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ

ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਦੇਖੋ:

ਸੀਨੀਅਰਜ਼ ਬੀ.ਸੀ. - www.gov.bc.ca/advancecare

ਹੈਲਥ ਲਿੰਕ ਬੀ.ਸੀ. (www.healthlinkbc.ca) ਅਤੇ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਕਾਲ 8-1-1.

ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਅਥਾਰਿਟੀ:

ਫਰੇਜ਼ਰ ਹੈਲਥ - www.fraserhealth.ca/your_care/advance_care_planning

ਇੰਟੀਅਰ ਹੈਲਥ - www.interiorhealth.ca/YourCare/EndOfLife/AdvanceCarePlanning

ਨੋਰਥਰਨ ਹੈਲਥ - www.northernhealth.ca/YourHealth/AdvanceCarePlanning.aspx

ਵੈਨਕੂਵਰ ਕੋਸਟਲ ਹੈਲਥ - www.vch.ca/advance_care_planning

ਵੈਨਕੂਵਰ ਆਇਲੈਂਡ ਹੈਲਥ ਅਥਾਰਿਟੀ - www.viha.ca/advance_care_planning

ਕਨੂੰਨ

ਬੀ.ਸੀ. ਦੀ ਅਸਮਰੱਥਤਾ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਨੂੰਨ 'ਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਮਨਿਸਟਰੀ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਜਨਰਲ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਦੇਖੋ:

www.ag.gov.bc.ca/incapacity-planning

ਨਿੱਜੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ

ਪਬਲਿਕ ਗਾਰਡੀਅਨ ਐਂਡ ਟਰੱਸਟੀ - www.trustee.bc.ca/services/adult/personal_planning_tools.html

ਨਾਈਡਸ ਨਿੱਜੀ ਪਲੈਨਿੰਗ ਰਿਸੋਰਸ ਸੈਂਟਰ - www.nidus.ca

ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਕਾਲਜ ਆਫ਼ ਫਿਜ਼ੀਸ਼ਨਜ਼ ਐਂਡ ਸਰਜਨਜ਼ ਆਫ਼ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ ਨਵੇਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰ ਰਹੇ

ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.cpsbc.ca/node/216 'ਤੇ ਇੱਕ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਉਪਲਬਧ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਕਨੂੰਨੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵਕੀਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਕੈਨੇਡੀਅਨ ਬਾਰ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਕੋਲੰਬੀਆ ਦੀ ਬਰਾਂਚ ਲਾਇਰ ਰੈਫਰਲ ਸਰਵਿਸ ਦਾ ਸੰਚਾਲਨ ਕਰਦਾ

ਹੈ। ਵਿਸਥਾਰ ਲਈ, ਦੇਖੋ: www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx

ਮੇਰਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਹੈ My full name is _____

ਸੰਕਟ ਵਿੱਚ, ਕਾਲ ਕਰੋ In case of emergency, call:
_____ (ਨਾਮ/name) _____ (ਫੋਨ/ phone)

ਮੇਰਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹੈ My health care provider is _____

ਮੇਰੀ ਇੱਕ ਅਗੋਤੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਯੋਜਨਾ ਹੈ I have an advance care plan

ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਸਮਝੌਤੇ ਦੇ ਨਾਲ with a representation agreement
[ਸੈਕਸ਼ਨ 7/sec 7 ਸੈਕਸ਼ਨ 9/sec 9]

ਇੱਕ ਅਗੋਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਮੈਂ ਅੰਗ ਦਾਨੀ ਹਾਂ with an advance directive

ਮੈਂ ਅੰਗ ਦਾਨੀ ਹਾਂ I am an organ donor

ਮੇਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਾਗਜ਼ਾਤ ਸਥਿਤ ਹਨ My important papers are located _____

