ພິໃນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ ເພື່ອການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

# ພິໃນກຳຊີວິດສະບັບນີ້ ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານ:

* ແບ່ງປັນຄຸນຄ່າ, ຄວາມເຊື່ອ, ເປົ້າໝາຍແລະຄວາມປາຖະໜາຂອງທ່ານ ເພື່ອການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດບອກອອກມາໄດ້ດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ.
* ແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນເພື່ອຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ບຸກຄົນນີ້ເອີ້ນວ່າ ຕົວແທນການປິ່ນປົວ ແລະພວກເຂົາຕ້ອງຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະຮັບປະຕິບັດຕາມໜ້າທີ່.

**ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ໂອ້ລົມ ພິໃນກຳຊີວິດ ແລະ ຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານ ກັບຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.**ອັນນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຂົາທຳການຕັດສິນໃຈທີ່ມີຜົນຕາມຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານໄດ້. ຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານປະກອບແບບຟອມນີ້ຢ່າງຄົບຖ້ວນສົມບູນ.

# ແບບຟອມພິໃນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ ເພື່ອການປິ່ນປົວ ແລະ ບົດແນະນຳກ່ຽວກັບ ພິໃນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ ແມ່ນມີໃຫ້ໃນເວັນໄຊ້ຂອງ ອົງການສາທາລະນະສຸກອໍເຣກອນ.

* + ໃນພາກທີ 1,​2,​5,​6 ແລະ 7 ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນການປິ່ນປົວ.
	+ ໃນພາກທີ 3 ແລະ 4 ທ່ານໃຫ້ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

**ແບບຟອມພິໃນກຳຊີວິດ ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສະແດງຄວາມຕ້ອງການໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້.**ມັນແຕກຕ່າງກັນກັບ ກຳສັ່ງການປິ່ນປົວເພື່ອຮັກສາຊີວິດ (POLST) ດັ່ງທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນ ORS 127.663. ທ່ານສາມາດຫາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ POLST ເພີ່ມເຕີມໄດ້ໃນບົດແນະນຳກ່ຽວກັບພິໃນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ.

**ແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກນຳໃຊ້ໃນລັດອໍເຣກອນເພື່ອເລືອກບຸກຄົນທີີຈະທຳກັນຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສຳລັບທ່ານ ຖ້າທ່ານເຈັບປ່ວຍເກີນໃປທີ່ຈະເວົ້າດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ**ຫຼືບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ບຸກຄົນນີ້ຖືກເອີ້ນວ່າຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ມີປະສິິດທິພາບ ແລະ ທ່ານມີຄວາມເຈັບປ່ວຍໜັກເກີນກວ່າທີ່ຈະເວົ້າດ້ວຍຕົນເອງໄດ້, ຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈະຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂຶ້ນເພື່ອທ່ານ ຕາມລຳດັບຄວາມສຳຄັນທີ່ກຳນົດໄວ້ ORS 127.635 (2) ແລະບຸກຄົນນີ້ສາມາດຕັດສິນໃຈລະງັບຫຼືຍົກເລີກການປິີ່ນປົວເພື່ອຮັກສາຊີວິດ ຖ້າທ່ານຕົກຢູ່ໃນເງື່ອນໄຂທີ່ກ່າວໄວ່້ໃນ ORS 127.635 (1).

# ແບບຟອມສະບັບນີ້ຍັງຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສະແດງຄຸນຄ່າແລະຄວາມເຊື່ອຂອງທ່ານເມື່ອຕ້ອງຕັດສີນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວແລະຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ.

**ຖ້າທ່ານມີພິໃນກຳຊີວິດ ທີ່ຜ່ານມາ, ພິໃນກຳຊີວິດສະບັບໃໝ່ນີ້ຈະໃຊ້ແທນພິໃນກຳສະບັບເກົ່າທັງໝົດ.**

**ທ່ານຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ມີຜົນນຳໃຊ້.**ທ່ານຍັງຕ້ອງມີພະຍານຮູ້ເຫັນສອງຄົນ ຫຼື ຜູ້ມີສິດຢັ້ງຢືນຮັບຮອງຕາມກົດໝາຍໜຶ່ງຄົນ. ການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຈະບໍ່ມີຜົນປະຕິບັດ ຈົນກວ່າວ່າຕົວແທນການປິ່ນປົວຍອມຮັບເອົາການແຕ່ງຕັ້ງນັ້ນ.

**ຖ້າພິໃນກຳຊີວິດຂອງທ່ານ ລວມມີຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບ ການຖອດເຄື່ອງຊູຊີບ ຫຼື ຖອດຖໍ່ສົ່ງອາຫານ,** ທ່ານສາມາດລົບລ້າງ ພິໃນກຳຊີວິດຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ທຸກຮູບແບບທີ່ສະແດງຄວາມປະສົງຂອງທ່ານໃນການລົບລ້າງພິໃນກຳນີ້.

**ໃນກໍລະນີອື່ນທັງໝົດ,**ທ່ານອາດຍົກເລີກ ພິໃນກຳຊີວິດ ຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ໃນທຸກຮູບແບບເທົ່າທີ່ທ່ານຍັງສາມາດທຳການຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວໄດ້.

**ແບບຟອມພິໃນກຳຊີວິດ**

|  |
| --- |
| **1. ກ່ຽວກັບຕົນເອງ** |
| ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):      | ວັນເດືອນປີເກີດ:      |
| ເບີໂທລະສັບ: ບ້ານ      | ຫ້ອງການ      | ມືຖື      |
| ທີ່​ຢູ່:      | ອີເມລ:      |

|  |
| --- |
| **2. ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ** |
| ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກບຸກຄົນລຸ່ມນີ້ ເປັນຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອທຳການຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວສຳລັບຂ້າພະເຂົ້າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ. |
| ຊື່​ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):      | ຄວາມສຳພັນ:      |
| ເບີໂທລະສັບ: ບ້ານ      | ຫ້ອງການ      | ມືຖື      |
| ທີ່​ຢູ່:      | ອີເມລ:      |

ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກບຸກຄົນລຸ່ມນີ້ເພື່ອເປັນທາງເລືອກຂອງຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຕົວແທນທີ່ໜຶ່ງຂອງຂ້າພະເຂົ້າບໍ່ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນການຕັດສິນໃນແທນຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ ຫຼື ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນຜູ້ທີ່ໜຶ່ງ.

|  |
| --- |
| **ຕົວເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ** |
| ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):      | ຄວາມສຳພັນ:      |
| ເບີໂທລະສັບ: ບ້ານ      | ຫ້ອງການ      | ມືຖື      |
| ທີ່​ຢູ່:      | ອີເມລ:      |

|  |
| --- |
| **ຕົວເລືອກທີສອງຂອງຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ** |
| ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):      | ຄວາມສຳພັນ:      |
| ເບີໂທລະສັບ: ບ້ານ      | ຫ້ອງການ      | ມືຖື      |
| ທີ່​ຢູ່:      | ອີເມລ:      |

|  |
| --- |
| **3. ຄຳແນະນຳດ້ານການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ**ພາກນີ້ແມ່ນບ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະແດງຄວາມປາດຖະໜາ, ຄຸນຄ່າ ແລະ ເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ຄຳແນະນຳຂອງທ່ານຈະເປັນທິດທາງໃຫ້ກັບຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະແພດຜູ້ປິ່ນປົວທ່ານ.ທ່ານສາມາດໃຫ້ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຕາມທາງເລືອກທີ່ທ່ານມີດັ່ງລຸ່ມນີ້. ນີ້ິ້ແມ່ນໃນກໍລະນີທີ່ເຖິງວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຫຼືພວກເຂົາບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ກໍ່ຕາມ. |

# A. ການຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ມີສະຖານະການສາມປະການລຸ່ມນີ້ ທີ່ທ່ານຈະສະແດງຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານ. ພວກມັນຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຄິດກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈໃນການຊ່ວຍຊີວິດແບບຕ່າງໆ ທີິ່ຕົວແທນດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຈະຕ້ອງປະເຊີນ. ສຳລັບແຕ່ລະອັນ, ເລືອກເອົາທາງເລືອກທີ່ໃກ້ຄຽງກັບຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານທີ່ສຸດ.

# ໄລຍະສຸດທ້າຍ

ນີ້ແມ່ນສິ່ງທິ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຖ້າ:

* ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມເຈັບປ່ວຍທີ່ບໍ່ສາມາດປິ່ນປົວໃຫ້ເຊົາໄດ້ຫຼືຮັກສາໃຫ້ດີຂື້ນໄດ້

# ແລະ

* ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າມັນຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າເສຍຊີວິດພາຍໃນຫົກເດືອນ, ບໍ່ວ່າຈະປິ່ນປົວດ້ວຍວິທີໃດກໍ່ຕາມ.

|  |
| --- |
| **ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ຕົວເລືອກດຽວເທົ່ານັ້ນ** |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງຮັບການປິ່ນປົວທີິ່ມີຢູ່ທັງໝົດເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້, ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງໃຊ້ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ດ້ວຍການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່ ແລະ ການສົ່ງເຊໂລມ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວອື່ນໆເພື່ອນຮັກສາຊີວິດຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. |
|  |       | ຂ້າພະເຂົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມ ແລະ ການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢູ່ຢ່າງສະບາຍໃຈ ແລະ ຢາກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເສຍຊີວິດແບບທຳມະຊາດ. |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ພາຍຫຼັງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັບແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄຳນຶງເຖິງສິ່ງສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະແດງໃຫ້ຮູ້ສິ່ງທິ່ສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າໃນພາກ B ລຸ່ມນີ້. |

# ຄວາມເຈັບປ່ວຍຄຸມຄາມຮຸນແຮງ

ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອການຖ້າ:

* ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມເຈັບປ່ວຍໃນໄລຍະຄຸກຄາມ.

# ແລະ

* ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າມັນຈະບໍ່ດີຂຶ້ນແລະຈະຮ້າຍແຮງກວ່າເກົ່າເມື່ອເວລາຜ່ານໄປແລະຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເສຍຊີວິດໄດ້.

#  ແລະ

* ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ສາມາດ:

» ສື່ສານໄດ້

» ກືນກິນອາການແລະນ້ຳໄດ້ຢ່າງປອດໄພ

» ດູແລຕົນເອງໄດ້

» ຈື່ຄົນໃນຄອບຄົວຫຼືຄົນອື່ນໆໄດ້

|  |
| --- |
| **ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ຕົວເລືອກດຽວເທົ່ານັ້ນ** |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງຮັບການປິ່ນປົວທີິ່ມີຢູ່ທັງໝົດເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້, ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງໃຊ້ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ດ້ວຍການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່ ແລະ ການສົ່ງເຊໂລມ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວອື່ນໆເພື່ອນຮັກສາຊີວິດຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. |
|  |       | ຂ້າພະເຂົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມ ແລະ ການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢູ່ຢ່າງສະບາຍໃຈ ແລະ ຢາກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເສຍຊີວິດແບບທຳມະຊາດ. |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ພາຍຫຼັງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັບແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄຳນຶງເຖິງສິ່ງສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະແດງໃຫ້ຮູ້ສິ່ງທິ່ສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າໃນພາກ B ລຸ່ມນີ້. |

# ການໝົດສະຕິຢ່າງຖາວອນ

ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອການຖ້າ:

* ຂ້າພະເຈົ້າໝົດສະຕິ.

# ແລະ

* ຖ້າແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າ ອາດເປັນໄປບໍ່ໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະກັບມາມີສະຕິອີກຄັ້ງ.

|  |
| --- |
| **ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ຕົວເລືອກດຽວເທົ່ານັ້ນ** |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງຮັບການປິ່ນປົວທີິ່ມີຢູ່ທັງໝົດເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້, ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງໃຊ້ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ດ້ວຍການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່ ແລະ ການສົ່ງເຊໂລມ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວອື່ນໆເພື່ອນຮັກສາຊີວິດຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. |
|  |       | ຂ້າພະເຂົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມ ແລະ ການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢູ່ຢ່າງສະບາຍໃຈ ແລະ ຢາກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເສຍຊີວິດແບບທຳມະຊາດ.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       | ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ພາຍຫຼັງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັບແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄຳນຶງເຖິງສິ່ງສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະແດງໃຫ້ຮູ້ສິ່ງທິ່ສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າໃນພາກ B ລຸ່ມນີ້.  |
| ທ່ານຕ້ອງຂຽນໃສ່ບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ຂັດຕິດເອກະສານມາພ້ອມນີ້ເພື່ອແຈ້ງຕື່ມກ່ຽວກັບປະເພດການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງການແລະບໍ່ຕ້ອງການ.      |
| **B. ສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອຂ້າພະເຈົ້າ**ພາກນີ້ໃຊ້ສະເພາະ ເມື່ອທ່ານຕົກຢູ່ໃນສະພາບໄລຍະສຸດທ້າຍ, ມີຄວາມເຈັບປ່ວຍລຸກລາມຮຸນແຮງ ຫຼື ໝົດສະຕິຖາວອນເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານປາດຖະໜາຈະໃຊ້ພາກນີ້, ທ່ານສາມາດສື່ສານສິ່ງນີ້ວ່າເປັນສິ່ງທີ່ສຳຄັນແທ້ຕໍ່ທ່ານແລະເພື່ອທ່ານ. ສິ່ງນີ້ຈະຊ່ວຍຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. |
| ສິ່ງນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຮູ້ກ່ຽວກັບ ສິ່ງທີ່ສຳຄັນຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າແລະກ່ຽວກັບຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:      |
| ສິ່ງນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຄຸນຄ່າສຳຄັນທີ່ສຸດໃນຊິີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:      |
| ສິ່ງນີ້ແມ່ນສິ່ງທີິ່ສຳຄັນທີ່ສຸດໃນຊີິວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:      |

|  |
| --- |
| ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການຂັ້ນຕອນໃນການຊ່ວຍຊີວິດ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະບໍ່ສາມາດມີສ່ວນໃນວິທີລຸ່ມນີ້: **ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ** |
|  |       | ສະແດງຄວາມຕ້ອງການໄດ້ |
|       | ມີອິດສະຫຼະຈາກຄວາມເຈັບປວດແລະທໍລະມານຮຸນແຮງໄລຍະຍາວ |
|       | ຮັບຮູ້ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນໃຜ ແລະ ຢູ່ກັບໃຜ |
|       | ມີຊິີວິດຢູ່ໂດຍບໍ່ຕ້ອງອາໃສເຄື່ອງຊ່ວຍຊີວິດ |
|       | ເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳທີ່ມີຄວາມໝາຍສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າເຊັ່ນ:       |
|  |
|  | ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເວົ້າເພີ່ມເຕີມເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດສຳລັບທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂຽນໃສ່ບ່ອນນີ້. (ຕົວຢ່າງ: ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການດູແລ ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້…)      |
|  |

|  |
| --- |
| **C. ຄວາມເຊື່ອດ້ານຈິດວິນຍານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ**ທ່ານມີຄວາມເຊື່ອທາງຈິດວິນຍານຫຼືສາສະໜາທີ່ທ່ານຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ແລະຜູ້ທີ່ດູແລທ່ານຮັບຮູ້ຫຼືບໍ່? ຄວາມເຊື່ອເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະເປັນ ພິທີກຳ, ພິທີບວດ, ການປະຕິເສດການປ່ຽນຖ່າຍເລືອດ ແລະ ອື່ນໆອີກ. |
| ທ່ານອາດຂຽນໃສ່ບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ຂັດຕິດເຈ້ຍໃສ່ພ້ອມ ເພື່ອເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄວາມເຊື່ອທາງຈິດວິນຍານຫຼືສາສະໜາຂອງທ່ານ.      |
| **4. ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ**ໃຊ້ພາກນີ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະແພດຜູ້ທຳການປິ່ນປົວທ່ານມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຕົວທ່ານ. |
| **A. ຊີວິດ ແລະ ຄຸນຄ່າ**ລຸ່ມນີ້ ທ່ານສາມາດບອກກ່ຽວກັບຊີວິດແລະຄຸນຄ່າຂອງທ່ານ. ສິ່ງນີ້ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ສິ່ງນີ້ອາດລວມເອົາປະຫວັດຄອບຄົວ, ປະສົບການທີ່ມີກັບການປິ່ນປົວ, ຄວາມເປັນມາດ້ານວັດທະນະທຳ, ອາຊີບການງານ, ລະບົບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງສັງຄົມແລະອື່ນໆ.ທ່ານອາດຂຽນໃສ່ໃນບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້ຫຼືຂັດຕິດມາພ້ອມນີ້ ເພື່ອເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຊີວິດ, ຄວາມເຊື່ອແລະຄຸນຄ່າຂອງທ່ານ.       |
| **B. ບ່ອນໃຫ້ການປິ່ນປົວ**ຖ້າມີທາງເລືອກກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ທ່ານຈະຮັບການປິ່ນປົວ, ທ່ານຈະມັກອັນໃດ? ມີສະຖານທີ່ທີ່ທ່ານຕ້ອງການແລະບໍ່ຕ້ອງການຮັບການປິ່ນປົວຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮງໝໍ, ບ້ານພັນຄົນຊະລາ, ໂຮງໝໍສຸຂະພາບຈິດ, ບ້ານອຸປະຖຳສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່, ການດຳລົງຊີວີດແບບມີການຊ່ວຍເຫຼືອ, ບ້ານຂອງທ່ານເອງ.)ທ່ານອາດຂຽນໃສ່ບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້ຫຼືຂັດຕິດມາພ້ອມ ເພື່ອເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ທ່ານຢາກຮັບການປິ່ນປົວຫຼືບໍ່ຮັບການປິ່ນປົວ. |
| **C. ອື່ນໆ**ທ່ານອາດຂັດຕິດເອກະສານກັບແບບຟອມສະບັບນີ້ ທີີ່ທ່ານຄິດວ່າມັນຈະເປັນປະໂຫຍດໃຫ້ກັບຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານ. ສິີ່ງທີ່ທ່ານຂັດຕິດມາພ້ອມ ຈະເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງ ພິໃນກຳຊີວິດ ຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດເຮັດລາຍການເອກະສານທີ່ທ່ານຂັດຕິດມາພ້ອມໃນບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້.      |
| **D. ແຈ້ງຂ່າວໃຫ້ຄົນອື່ນຮູ້**ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງກທ່ານ ໃຫ້ການອະນຸມັດແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານ ຕາມຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງລັດແລະລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດ ເພື່ອປຶກສາສະຖານະດ້ານສຸຂະພາບແລະການປິ່ນປົວຂອງທ່ານກັບຜູ້ທີ່ທ່ານຂຽນເຖິງລຸ່ມນີ້. ມີພຽງຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. |
| ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):      | ຄວາມສຳພັນ:      |
| ເບີໂທລະສັບ: ບ້ານ      | ຫ້ອງການ      | ມືຖື      |
| ທີ່​ຢູ່:      | ອີເມລ:      |

|  |
| --- |
| **5. ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ** |
|  |  |       |
| ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ | ວັນທີ |
| **6. ພະຍານ** |
| ປະກອບພາກ A ຫຼື B ເມື່ອທ່ານເຊັນ |

|  |
| --- |
| **A. ຜູ້ມີສິດເຊັນຮັບຮອງຕາມກົດໝາຍ** |
| ລັດ        |  |
| ເຄົາຕີ້        |  |
| ເຊັນ ຫຼື ຮັບຮອງຕໍ່ໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນວັນທີ |  | ໂດຍ |  |
| ວັນທີ |  |
|  |
| ຜູ້ມີສິດເຊັນຮັບຮອງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດອໍເຣກອນ |
| **B. ຄຳໃຫ້ການຂອງພະຍານ** |
| ບຸກຄົນທີ່ປະກອບແບບຟອມສະບັບນີ້ ເປັນຜູ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກເປັນການສ່ວນຕົວ ຫຼື ໄດ້ສະແດງຫຼັກຖານໃຫ້ຮູ້ຕົວຕົນ, ໄດ້ເຊັນຫຼືໄດ້ຮັບຮອງລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໃນເອກະສານ ຕໍ່ໜ້າຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ປາກົດວ່າບໍ່ໄດ້ຢູ່ພາຍໄຕ້ການບັງຂັບຂູ່ເຂັນແລະເຂົ້າໃຈຈຸດປະສົງແລະຜົນກະທົບຂອງແບບຟອມນີ້ເປັນຢ່າງດີ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນຕົວແທນການປິ່ນປົວ ຫຼື ຕົວເລືອກຂອງຕົວແທນ, ແລະຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນຜູ້ທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວແກ່ບຸນຄົນດັ່ງກ່າວ. |
|  |  |       |
| ຊື່ຂອງພະຍານ (ຂຽນຊື່ແຈ້ງ) |
| ລາຍເຊັນ | ວັນທີ |
| ຊື່ຂອງພະຍານ (ຂຽນຊື່ແຈ້ງ) |       |
| ລາຍເຊັນ | ວັນທີ |

|  |
| --- |
| **7. ການຍອມຮັບຈາກຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຂົ້າ** |
| ຂ້າພະເຈົ້າຍອມຮັບເອົາການແຕ່ງຕັ້ງນີ້ແລະຕົກລົງທີ່ຈະຮັບເປັນຕົວແທນການປິ່ນປົວ. |
| **ຕົວແທນການປິ່ນປົວ:** |  |  |
|  |  |  |
| ຂຽນຊື່ແຈ້ງ |
|  |  |       |
| ລາຍເຊັນ ຫຼື ການຢັ້ງຢືນການຍອມຮັບຮູບແບບອື່ນ | ວັນທີ |
| **ຕົວເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວຜູ້ທີໜຶ່ງ:** |  |  |
| ຂຽນຊື່ແຈ້ງ |
|  |  |       |
| ລາຍເຊັນ ຫຼື ການຢັ້ງຢືນການຍອມຮັບຮູບແບບອື່ນ | ວັນທີ |
| **ຕົວເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວຜູ້ທີສອງ:** |  |  |
| ຂຽນຊື່ແຈ້ງ |
|  |  |       |
| ລາຍເຊັນ ຫຼື ການຢັ້ງຢືນການຍອມຮັບຮູບແບບອື່ນ | ວັນທີ |

**ການເຂົ້າເຖີງຂໍ້ມູນ:** ສຳລັບບຸກຄົນພິການ ຫຼື ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, OHA ສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຫຼາຍຮູບແບບ ເຊັ່ນ: ການແປພາສາ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ອັກສອນ ແບຣລ໌. ຕິດຕໍ່ ສູນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບໄດ້ທີ່ 1-971-673-2411, 711 TTY ຫຼື COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us.