

ພິນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ ເພື່ອການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

ພິນກຳຊີວິດສະບັບນີ້ ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານ:

- ແບ່ງປັນຄຸນຄ່າ, ຄວາມເຊື່ອ, ເບົາໜາຍແລະຄວາມປາຖະໜາຂອງທ່ານ ເພື່ອການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດບອກອອກມາໄດ້ດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ.
- ແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນເພື່ອຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ບຸກຄົນນີ້ເອີ້ນວ່າ ຕົວແທນການປິ່ນປົວ ແລະພວກເຂົາຕ້ອງຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະຮັບປະຕິບັດຕາມໜ້າທີ່.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ໂອ້ລົມ ພິນກຳຊີວິດ ແລະ ຄວາມປາຖະໜາຂອງທ່ານ

ກັບຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຂົາທຳການຕັດສິນໃຈທີ່ມີຜົນຕາມຄວາມປາຖະໜາຂອງທ່ານໄດ້. ຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານປະກອບແບບຟອມນີ້ຢ່າງຄົບຖ້ວນສົມບູນ.

ແບບຟອມພິນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ ເພື່ອການປິ່ນປົວ ແລະ ບົດແນະນຳກ່ຽວກັບ ພິນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ ແມ່ນມີໃຫ້ໃນເວັບໄຊຂອງ ອົງການສາທາລະນະສຸກອໍເຣກອນ.

- ໃນພາກທີ 1,2,5,6 ແລະ 7 ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນການປິ່ນປົວ.
- ໃນພາກທີ 3 ແລະ 4 ທ່ານໃຫ້ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມພິນກຳຊີວິດ

ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສະແດງຄວາມຕ້ອງການໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້. ມັນແຕກຕ່າງກັນກັບ ກຳສັ່ງການປິ່ນປົວເພື່ອຮັກສາຊີວິດ (POLST) ດັ່ງທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນ ORS 127.663. ທ່ານສາມາດຫາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ POLST ເພີ່ມເຕີມໄດ້ໃນບົດແນະນຳກ່ຽວກັບພິນກຳຊີວິດຂອງລັດອໍເຣກອນ.

ແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກນຳໃຊ້ໃນລັດອໍເຣກອນເພື່ອເລືອກບຸກຄົນທີ່ຈະທຳກັນຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສຳລັບທ່ານ

ຖ້າທ່ານເຈັບປ່ວຍເກີນໄປທີ່ຈະເວົ້າດ້ວຍຕົວທ່ານເອງຫຼືບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ບຸກຄົນນີ້ຖືກເອີ້ນວ່າຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ມີປະສິດທິພາບ ແລະ ທ່ານມີຄວາມເຈັບປ່ວຍໜັກເກີນກວ່າທີ່ຈະເວົ້າດ້ວຍຕົນເອງໄດ້, ຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈະຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂຶ້ນເພື່ອທ່ານ ຕາມລຳດັບຄວາມສຳຄັນທີ່ກຳນົດໄວ້ ORS 127.635 (2) ແລະບຸກຄົນນີ້ສາມາດຕັດສິນໃຈລະງັບຫຼືຍົກເລີກການປິ່ນປົວເພື່ອຮັກສາຊີວິດ ຖ້າທ່ານຕົກຢູ່ໃນເງື່ອນໄຂທີ່ກ່າວໄວ້ໃນ ORS 127.635 (1).

ແບບຟອມສະບັບນີ້ຍັງຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສະແດງຄຸນຄ່າແລະຄວາມເຊື່ອຂອງທ່ານເມື່ອຕ້ອງຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບ

ບການປື້ນປົວແລະຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໃນການປື້ນປົວສຸຂະພາບ.

ຖ້າທ່ານມີພິໃນກຳລິວິດ ທີ່ຜ່ານມາ, ພິໃນກຳລິວິດສະບັບໃໝ່ນີ້ຈະໃຊ້ແທນພິໃນກຳສະບັບເກົ່າທັງໝົດ.

ທ່ານຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ມີຜົນນຳໃຊ້. ທ່ານຍັງຕ້ອງມີພະຍານຮູ້ເຫັນສອງຄົນ ຫຼື ຜູ້ມີສິດຍັງຍືນຮັບຮອງຕາມກົດໝາຍໜຶ່ງຄົນ. ການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຈະບໍ່ມີຜົນປະຕິບັດ ຈົນກວ່າວ່າຕົວແທນການປິ່ນປົວຍອມຮັບເອົາການແຕ່ງຕັ້ງນັ້ນ.

ຖ້າພິໃນກຳລັງວິດຂອງທ່ານ ລວມມີຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບ ການຖອດເຄື່ອງຊູຊີບ ຫຼື ຖອດຖ່າງສົ່ງອາຫານ, ທ່ານສາມາດລົບລ້າງ ພິໃນກຳລັງວິດຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ທຸກຮູບແບບທີ່ສະແດງຄວາມປະສົງຂອງທ່ານໃນການລົບລ້າງພິໃນກຳລັງວິດ.

ໃນກໍລະນີອື່ນທັງໝົດ, ທ່ານອາດຍົກເລີກ ພິໃນກຳລັງວິດ ຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ໃນທຸກຮູບແບບເທົ່າທີ່ທ່ານຍັງສາມາດທຳການຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວໄດ້.

ແບບຟອມພິໃນກຳລັງວິດ

1. ກ່ຽວກັບຕົນເອງ		
ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):	ວັນເດືອນປີເກີດ:	
ເປີໂທລະສັບ: ບ້ານ	ຫ້ອງການ	ມືຖື
ທີ່ຢູ່:	ອີເມລ:	

2. ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ		
ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກບຸກຄົນລຸ່ມນີ້ ເປັນຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອທຳການຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ.		
ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):	ຄວາມສຳພັນ:	
ເປີໂທລະສັບ: ບ້ານ	ຫ້ອງການ	ມືຖື
ທີ່ຢູ່:	ອີເມລ:	

ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກບຸກຄົນລຸ່ມນີ້ເພື່ອເປັນທາງເລືອກຂອງຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຕົວແທນທີ່ໜຶ່ງຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນການຕັດສິນໃນແທນຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ ຫຼື ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນຜູ້ທີ່ໜຶ່ງ.

ຕົວເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ		
ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):		ຄວາມສໍາພັນ:
ເປີໂທລະສັບ: ບ້ານ	ຫ້ອງການ	ມືຖື
ທີ່ຢູ່:		ອີເມລ:

ຕົວເລືອກທີສອງຂອງຕົວແທນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ		
ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):		ຄວາມສໍາພັນ:
ເປີໂທລະສັບ: ບ້ານ	ຫ້ອງການ	ມືຖື
ທີ່ຢູ່:		ອີເມລ:

3. ຄໍາແນະນຳດ້ານການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ພາກນີ້ແມ່ນບ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະແດງຄວາມບາດຖະໜາ, ຄຸນຄ່າ ແລະ ເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ຄໍາແນະນຳຂອງທ່ານຈະເປັນທິດທາງໃຫ້ກັບຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະແພດຜູ້ປິ່ນປົວທ່ານ.

ຜູ້ອື່ນສາມາດໃຫ້ຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຕາມທາງເລືອກທີ່ທ່ານມີດັ່ງລຸ່ມນີ້. ນີ້ແມ່ນໃນກໍລະນີທີ່ເຖິງວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຫຼືພວກເຂົາບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ກໍຕາມ.

A. ການຕັດສິນໃຈດ້ານການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ມີສະຖານະການສາມປະການລຸ່ມນີ້ ທີ່ທ່ານຈະສະແດງຄວາມບາດຖະໜາຂອງທ່ານ. ພວກມັນຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຄິດກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈໃນການຊ່ວຍຊີວິດແບບຕ່າງໆ ທີ່ຕົວແທນດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຈະຕ້ອງປະເຊີນ. ສໍາລັບແຕ່ລະອັນ, ເລືອກເອົາທາງເລືອກທີ່ໃກ້ຄຽງກັບຄວາມບາດຖະໜາຂອງທ່ານທີ່ສຸດ.

a. ໄລຍະສຸດທ້າຍ

ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຖ້າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມເຈັບປ່ວຍທີ່ບໍ່ສາມາດປິ່ນປົວໃຫ້ເຊົາໄດ້ຫຼືຮັກສາໃຫ້ດີຂຶ້ນໄດ້
ແລະ
- ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າມັນຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າເສຍຊີວິດພາຍໃນຫົວ
ກະດຶອນ, ບໍ່ວ່າຈະປິ່ນປົວດ້ວຍວິທີໃດກໍ່ຕາມ.

ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ຕົວເລືອກດຽວເທົ່ານັ້ນ	
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງຮັບການປິ່ນປົວທີ່ມີຢູ່ທັງໝົດເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້, ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະການໃຫ້ນໍ້າຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງໃຊ້ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ດ້ວຍການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະໃຫ້ນໍ້າຜ່ານຖໍ່ ແລະ ການສົ່ງເຊໂລມ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວອື່ນໆເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມ ແລະ ການໃຫ້ນໍ້າຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢູ່ຢ່າງສະບາຍໃຈ ແລະ ຢາກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເສຍຊີວິດແບບທໍາມະຊາດ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ພາຍຫຼັງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັບແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄໍານຶງເຖິງສິ່ງສໍາຄັນສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະແດງໃຫ້ຮູ້ສິ່ງທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າໃນພາກ B ລຸ່ມນີ້.

b. ຄວາມເຈັບປ່ວຍຄຸມຄາມຮຸນແຮງ

ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຖ້າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມເຈັບປ່ວຍໃນໄລຍະຄຸມຄາມ.
ແລະ
- ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າມັນຈະບໍ່ດີຂຶ້ນແລະຈະຮ້າຍແຮງກວ່າເກົ່າເມື່ອ
ເວລາຜ່ານໄປແລະຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເສຍຊີວິດໄດ້.
ແລະ
- ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ສາມາດ:
 - » ສື່ສານໄດ້
 - » ກິນກິນອາການແລະນໍ້າໄດ້ຢ່າງປອດໄພ

- » ດູແລຕົນເອງໄດ້
- » ຈີຄົນໃນຄອບຄົວຫຼືຄົນອື່ນໆໄດ້

ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ຕົວເລືອກດຽວເທົ່ານັ້ນ	
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງຮັບການປິ່ນປົວທີ່ມີຢູ່ທັງໝົດເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້, ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງໃຊ້ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ດ້ວຍການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່ ແລະ ການສົ່ງເຊໂລມ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວອື່ນໆເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມ ແລະ ການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢູ່ຢ່າງສະບາຍໃຈ ແລະ ຢາກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເສຍຊີວິດແບບທຳມະຊາດ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ພາຍຫຼັງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັບແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄຳນຶງເຖິງສິ່ງສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະແດງໃຫ້ຮູ້ສິ່ງທີ່ສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າໃນພາກ B ລຸ່ມນີ້.

c. ການໝົດສະຕີຢ່າງຖາວອນ

ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຖ້າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າໝົດສະຕີ.
ແລະ
- ຖ້າແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າ ອາດເປັນໄປບໍ່ໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະກັບມາມີສະຕີອີກຄັ້ງ.

ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ຕົວເລືອກດຽວເທົ່ານັ້ນ	
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງຮັບການປິ່ນປົວທີ່ມີຢູ່ທັງໝົດເພື່ອຮັກສາຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້, ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະການໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການຟອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ.
_____	ຂ້າພະເຈົ້າຢາກລອງໃຊ້ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ດ້ວຍການໃຫ້ອາຫານທຽມແລະໃຫ້ນ້ຳຜ່ານຖໍ່ ແລະ ການສົ່ງເຊໂລມ.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວອື່ນໆເພື່ອນຮັກສາຊີວິດຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ:
ການພອກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ.

_____ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ ເຊັ່ນ:
ການໃຫ້ອາຫານທຽມ ແລະ ການໃຫ້ນໍ້າຜ່ານຖໍ່, ການສົ່ງເຊໂລມ, ການພອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື
ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢູ່ຢ່າງສະບາຍໃຈ ແລະ
ຢາກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເສຍຊີວິດແບບທໍາມະຊາດ.

_____ ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ພາຍຫຼັງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັບແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄຳນຶງເຖິງສິ່ງສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະແດງໃຫ້ຮູ້ສິ່ງທີ່ສຳຄັນສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າໃນພາກ B ລຸ່ມນີ້.

ທ່ານຕ້ອງຂຽນໃສ່ບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ຂັດຕິດເອກະສານມາພ້ອມນີ້ເພື່ອແຈ້ງຕື່ມກ່ຽວກັບປະເພດການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງການແລະບໍ່ຕ້ອງການ.

B. ສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອຂ້າພະເຈົ້າ

ພາກນີ້ໃຊ້ສະເພາະ ເມື່ອທ່ານຕົກຢູ່ໃນສະພາບໄລຍະສຸດທ້າຍ, ມີຄວາມເຈັບປ່ວຍລຸກລາມຮຸນແຮງ ຫຼື ໝົດສະຕິຖາວອນເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານປາດຖະໜາຈະໃຊ້ພາກນີ້, ທ່ານສາມາດສື່ສານສິ່ງນີ້ວ່າເປັນສິ່ງທີ່ສຳຄັນແທ້ຕໍ່ທ່ານແລະເພື່ອທ່ານ. ສິ່ງນີ້ຈະຊ່ວຍຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

ສິ່ງນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຮູ້ກ່ຽວກັບ ສິ່ງທີ່ສຳຄັນຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າແລະກ່ຽວກັບຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

ສິ່ງນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຄຸນຄ່າສຳຄັນທີ່ສຸດໃນຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

ສິ່ງນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດໃນຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການຂັ້ນຕອນໃນການຊ່ວຍຊີວິດ
ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະບໍ່ສາມາດມີສ່ວນໃນວິທີລຸ່ມນີ້:

ຂຽນຊື່ຫຍໍ້ໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ

_____ ສະແດງຄວາມຕ້ອງການໄດ້

_____ ມີອິດສະຫຼະຈາກຄວາມເຈັບປວດແລະທໍລະມານຮຸນແຮງໄລຍະຍາວ

_____ ຮັບຮູ້ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນໃຜ ແລະ ຢູ່ກັບໃຜ

_____ ມີຊີວິດຢູ່ໂດຍບໍ່ຕ້ອງອາໄສເຄື່ອງຊ່ວຍຊີວິດ

_____ ເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳທີ່ມີຄວາມໝາຍສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າເຊັ່ນ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເວົ້າເພີ່ມເຕີມເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຕົວແທນການບິນບົວຂອງທ່ານເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດສຳລັບທ່ານ, 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, ການດຳລົງຊີວິດແບບມີການຊ່ວຍເຫຼືອ, ບ້ານຂອງທ່ານເອງ.)

ທ່ານອາດຂຽນໃສ່ບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້ຫຼືຂັດຕິດມາພ້ອມ ເພື່ອເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ທ່ານຢາກຮັບການປິ່ນປົວຫຼືບໍ່ຮັບການປິ່ນປົວ.

C. ອື່ນໆ

ທ່ານອາດຂັດຕິດເອກະສານກັບແບບຟອມສະບັບນີ້
ທີ່ທ່ານຄິດວ່າມັນຈະເປັນປະໂຫຍດໃຫ້ກັບຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ
ທ່ານ. ສິ່ງທີ່ທ່ານຂັດຕິດມາພ້ອມ ຈະເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງ ພິມໃນກຳລິວິດ ຂອງທ່ານ.
ທ່ານອາດເຮັດລາຍການເອກະສານທີ່ທ່ານຂັດຕິດມາພ້ອມໃນບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້.

D. ແຈ້ງຂ່າວໃຫ້ຄົນອື່ນຮູ້

ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ
ໃຫ້ການອະນຸມັດແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານ
ຕາມຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງລັດແລະລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດ
ເພື່ອປຶກສາສະຖານະດ້ານສຸຂະພາບແລະການປິ່ນປົວຂອງທ່ານກັບຜູ້ທີ່ທ່ານຂຽນເຖິງລຸ່ມນີ້.
ມີພຽງຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):		ຄວາມສຳພັນ:
ເບີໂທລະສັບ: ບ້ານ	ຫ້ອງການ	ມືຖື
ທີ່ຢູ່:		ອີເມວ:

5. ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

_____ ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

_____ ວັນທີ

6. ພະຍານ

ປະກອບພາກ A ຫຼື B ເມື່ອທ່ານເຊັນ

A. ຜູ້ມີສິດເຊັນຮັບຮອງຕາມກົດໝາຍ

ລັດ _____

ເຄົາຕີ້ _____

ເຊັນ ຫຼື ໂດ _____
ຮັບຮອງຕໍ່ໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນວັນ _____ ວັນທີ _____ ຍ _____
ທີ _____

ຜູ້ມີສິດເຊັນຮັບຮອງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດອໍເຣກອນ

B. ຄໍາໃຫ້ການຂອງພະຍານ

ບຸກຄົນທີ່ປະກອບແບບຟອມສະບັບນີ້ ເປັນຜູ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກເປັນການສ່ວນຕົວ ຫຼື ໄດ້ສະແດງຫຼັກຖານໃຫ້ຮູ້ຕົວຕົນ, ໄດ້ເຊັນຫຼືໄດ້ຮັບຮອງລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໃນເອກະສານ ຕໍ່ໜ້າຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ປາກົດວ່າບໍ່ໄດ້ຢູ່ພາຍໄຕ້ການບັງຂັບຊຸ່ເຊັນແລະເຂົ້າໃຈຈຸດປະສົງແລະຜົນກະທົບຂອງແບບຟອມນີ້ເປັນຢ່າງດີ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນຕົວແທນການປິ່ນປົວ ຫຼື ຕົວເລືອກຂອງຕົວແທນ, ແລະຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນຜູ້ທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວແກ່ບຸນຄົນດັ່ງກ່າວ.

ຊື່ຂອງພະຍານ (ຂຽນຊື່ແຈ້ງ) _____

ລາຍເຊັນ _____

ວັນທີ _____

ຊື່ຂອງພະຍານ (ຂຽນຊື່ແຈ້ງ)

ລາຍເຊັນ

ວັນທີ

7. ການຍອມຮັບຈາກຕົວແທນການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຂົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຍອມຮັບເອົາການແຕ່ງຕັ້ງນີ້ແລະຕົກລົງທີ່ຈະຮັບເປັນຕົວແທນການປິ່ນປົວ.

ຕົວແທນການປິ່ນປົວ:

ຂຽນຊື່ເຈົ້າ

ລາຍເຊັນ ຫຼື ການຢັ້ງຢືນການຍອມຮັບຮູບແບບອື່ນ

ວັນທີ

ຕົວເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວຜູ້ທີໜຶ່ງ:

ຂຽນຊື່ເຈົ້າ

ລາຍເຊັນ ຫຼື ການຢັ້ງຢືນການຍອມຮັບຮູບແບບອື່ນ

ວັນທີ

ຕົວເລືອກຕົວແທນການປິ່ນປົວຜູ້ທີສອງ:

ຂຽນຊື່ເຈົ້າ

ລາຍເຊັນ ຫຼື ການຢັ້ງຢືນການຍອມຮັບຮູບແບບອື່ນ

ວັນທີ

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