

# تعيين وكيل رعاية صحية

توجيه فيرمونت المسبق بشأن قرارات الرعاية الصحية

## Appointment of a Health Care Agent

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions



التاريخ  
DATE

تاريخ الميلاد  
DATE OF BIRTH

اسمك  
YOUR NAME

العنوان  
ADDRESS

الرمز البريدي  
ZIP

الولاية  
STATE

المدينة  
CITY

يستطيع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك أن ينوب عنك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية عندما لا تكون قادرًا على اتخاذ قرارات بنفسك أو غير راغب في ذلك. وحينها يجب عليك اختيار شخص ينال ثقتك ويتفهم رغباتك ويوافق على أن يقوم بدور الوكيل لك. مع العلم بأن مقدم الرعاية الصحية لا يجوز أن يكون وكيلك إلا إذا كان من أقاربك. ولا يجوز أن يكون وكيلك مالكًا أو مشغلاً أو موظفًا في أو متعهدًا لمرفق رعاية مقيمين أو مرفق رعاية صحية أو إصلاحية تُقيم أنت في أي منها وقت ملء بيانات توجيهك المسبق. Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

أنا أعين هذا الشخص ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

البريد الإلكتروني  
EMAIL

اسم الوكيل  
AGENT NAME

العنوان  
ADDRESS

الهاتف المحمول  
CELL PHONE

هاتف المنزل  
WORK PHONE

هاتف المنزل  
HOME PHONE

(إذا قمت بتعيين وكلاء مشتركين، فقم بإدراجهم في ورقة منفصلة)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

وإذا كان هذا الوكيل غير متوفر أو غير راغب في أو غير قادر على أن يقوم بدور الوكيل لي، فأنا أعين هذا الشخص باعتباره **الوكيل البديل**:

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

البريد الإلكتروني  
EMAIL

اسم الوكيل البديل  
ALTERNATE AGENT NAME

العنوان  
ADDRESS

الهاتف المحمول  
CELL PHONE

هاتف المنزل  
WORK PHONE

هاتف المنزل  
HOME PHONE

الآخرون الذين يمكن استشارتهم بشأن القرارات الطبية نيابة عني هم:

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

مقدم الرعاية الأولية (طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس):

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

Those who should NOT be consulted include:

أولئك الذين لا ينبغي استشارتهم هم:

التاريخ  
DATE

تاريخ الميلاد  
DOB

الاسم  
NAME

تعليقات عامة حول أهداف رعايتي الصحية:

General Comments About My Health Care Goals:

**بيان الرغبات الموقَّع / SIGNED DECLARATION OF WISHES**

يجب التوقيع على هذا البيان في حضور شاهدين بالغين. التالي ذكرهم لا يوقعون كشهود:  
وكيلك (وكلائك) أو الزوج/الزوجة أو الوالدان أو الأشقاء أو الأطفال أو الأحفاد.

You must sign this in the presence of TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses:  
your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

أُقر بأن هذا المستند يعكس رغباتي في الرعاية الصحية وأني أقوم بتوقيع هذا التوجيه المسبق بمحض إرادتي.

I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

التاريخ  
DATE

موقَّع  
SIGNED

أؤكد أن الموقَّع على هذه الوثيقة بدأ مدرِّكاً لطبيعة هذا التوجيه المسبق وأنه لم يتعرض لإكراه أو تأثير غير مبرر في وقت التوقيع على هذا التوجيه. (يرجى التوقيع والكتابة)  
I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

الشاهد الأول (اكتب الاسم)  
WITNESS 1 (PRINT NAME)

التاريخ  
DATE

التوقيع  
SIGNATURE

الشاهد الثاني (اكتب الاسم)  
WITNESS 2 (PRINT NAME)

التاريخ  
DATE

التوقيع  
SIGNATURE

إذا تم قبول الشخص الذي يوقَّع على هذه الوثيقة في مستشفى أو كان مريضاً حالياً فيها، فيجب أن يوقَّع أحد الأشخاص التاليين ويؤكد أنه قد أوضح طبيعة وتأثير التوجيه المسبق وأن المريض بدأ مدرِّكاً لذلك ولم يتعرض لإكراه أو تأثير غير مبرر في وقت التوقيع: الشارح المعين من قبل المستشفى أو أمين المظالم أو ممثل مريض الصحة العقلية أو أحد رجال الدين معترف به أو محامي فيرمونت أو من ينوب عن محكمة الوصايا.

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

إذا تم قبول الشخص الذي يوقع على هذه الوثيقة في دار لرعاية المسنين أو مرفق لرعاية المقيمين أو كان مقيماً بأي منها، فيجب أن يوقَّع أحد الأشخاص التاليين ويؤكد أنه قد أوضح طبيعة وتأثير التوجيه المسبق وأن المقيم بدأ مدرِّكاً لذلك ولم يتعرض لإكراه أو تأثير غير مبرر في وقت التوقيع: أمين المظالم أو أحد رجال الدين معترف به أو محامي فيرمونت أو من ينوب عن محكمة الوصايا أو الشارح المعين من قبل المستشفى أو ممثل مريض الصحة العقلية أو طبيب غير موظف في المرفق، أو متطوع في دار لرعاية المسنين/ مرفق رعاية المقيمين تم تدريبه بشكل مناسب.

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

يجوز أن يقوم الشارح كما هو موضح بدور أحد الشاهدين المطلوبين.

The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

الاسم  
NAME

المنصب/الوظيفة  
TITLE/POSITION

الهاتف  
PHONE

العنوان  
ADDRESS

التاريخ  
DATE

التوقيع  
SIGNATURE

في ما يلي نسخة من توجيهي المسبق (يرجى التحقق):

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

تاريخ التسجيل:  
DATE REGISTERED:

وكيل الرعاية الصحية البديل  
Alternate health care agent

سجل توجيه فيرمونت المسبق  
Vermont Advance Directive Registry

وكيل الرعاية الصحية  
Health care agent

الطبيب/مقدم الرعاية:  
Doctor/Provider(s):

المستشفى:  
Hospital(s):

أفراد العائلة:  
Family Member(s):

سجل توجيه فيرمونت المسبق  
نموذج تغيير اتفاقية التسجيل والتفويض  
(المستندان (أ) و (ب) وفقاً لقاعدة توجيه فيرمونت المسبق)

Vermont Advance Directive Registry  
Registration Agreement & Authorization to Change Form  
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)

Directions / التوجيهات

- اقرأ سياسة التسجيل في الصفحة 3 وأكمل الأقسام ذات الصلة أدناه. يرجى الكتابة أو الطباعة بشكل واضح.  
1. Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
  - المُسجّلون لأول مرة: أكمل معلومات المُسجّل المطلوبة والمستند (أ).
  - تحديث توجيه مسبق موجود بالفعل في الملف: أكمل معلومات المُسجّل المطلوبة والمستند (ب).
- أرفق نسخة موقّعة وعليها توقيع الشهود من توجيهك المسبق.  
2. Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- يجب أن تتضمن عمليات التسجيل نموذج تغيير لاتفاقية التسجيل أو التفويض يكون مكتملاً وموقّعاً عليه ونسخة من مستند التوجيه المسبق موقّعة وعليها توقيعات الشهود.  
3. Registrations must include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.
- بمجرد إكمال النماذج وتوقيعها، أرسلها بالبريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس:  
4. Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

عبر البريد الإلكتروني إلى: [VADRSubmissions@uslwr.com](mailto:VADRSubmissions@uslwr.com)  
E-mail to:

Vermont Advance Directive Registry (VADR) أو بالبريد إلى:  
PO Box 2789 Or Mail to:

Westfield, NJ 2789-07091

908-654-1919 أو بالفاكس إلى:  
Or Fax to:

للحصول على معلومات إضافية، يرجى زيارة: <http://healthvermont.gov/vadr> / أو الاتصال بالرقم 1-888-548-9455  
For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

Required Registrant Information / معلومات المُسجّل المطلوبة

الاسم: الاول First Name	الأوسط Middle	الأخير Last	اللاحقة Suffix
تاريخ الميلاد: Date of Birth			
العنوان البريدي الأساسي: Primary Mailing Address			
البلدة/المدينة: Town/City	الولاية: State	الرمز البريدي: Zip code	
رقم أساسي Phone Number	الهاتف: Primary	آخر: Other	
هل ترغب في أن يتم الاتصال بك عن طريق البريد الإلكتروني? Would you like to be contacted by e-mail?			
عنوان البريد الإلكتروني: Email Address			
العنوان البريدي الثانوي (إن وجد): Secondary Mailing Address (if applicable):			
البلدة/المدينة: Town/City	الولاية: State	الرمز البريدي: Zip code	

Emergency Contacts / جهات يتم الاتصال بها في حالة الطوارئ

اسم: Primary Name	العلاقة بالمُسجّل: Relationship to Registrant
رقم الهاتف: Phone Number	
اسم: Secondary Name	العلاقة بالمُسجّل: Relationship to Registrant
رقم الهاتف: Phone Number	

ملاحظة: يجب أن يتضمن جميع ما تقدمه إلى السجل نسخة موثقة وعليها توقيعات الشهود من التوجيه المسبق للمُسجّل. وهذا ينطبق على كل ما تقدمه لأول مرة والتحديثات على المستندات الموجودة.

**NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.**

المستند (أ): اتفاقية التسجيل  
Document A: Registration Agreement

لا تكمل هذا القسم إلا إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تسجل فيها توجيهك المسبق.  
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

أطلب أنا \_\_\_\_\_ (اكتب الاسم) أن يتم تسجيل توجيهي المسبق في سجل توجيه فيرمونت المسبق، وأفوض بالوصول إليه على النحو الذي يسمح به قانون فيرمونت. أقر أنا الموقع أدناه وأؤكد أن: المعلومات المقدمة دقيقة، وأني قرأت وفهمت وأوافق على شروط سياسة التسجيل في السجل؛ وسأحمي رقم تعريف المُسجّل الخاص بي وبطاقة محفظتي من الوصول غير المصرح به؛ وسأقوم على الفور بإخطار السجل كتابياً بالتغييرات التي تطرأ على معلومات التسجيل الخاصة بي أو توجيهي المسبق. وأنا أبرم هذه الاتفاقية طواعية وبدون إجبار أو إكراه أو تأثير لا داعي له من أي طرف. وأدرك أن أي شخص لديه إمكانية الوصول إلى بطاقة محفظتي يمكنه استخدامها للوصول إلى مستندي ومعلوماتي الشخصية. ويظل هذا التفويض ساري المفعول حتى أقوم بإلغائه.

I, \_\_\_\_\_ (print name) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

التاريخ:

\_\_\_\_\_ Date

توقيع المُسجّل:

\_\_\_\_\_ Signature of Registrant

المستند (ب): تفويض بالتغيير  
Document B: Authorization to Change

لا تكمل إلا إذا كنت مسجلاً حالياً وتقوم بإجراء تحديثات لتوجيه مسبق موجود بالفعل في السجل.  
Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

حدّد المربع أدناه الذي ينطبق على ما تقوم بتقديمه.

Check the box below that applies to your submission.

تعديل: حدّد هذا المربع لتعديل توجيهك المسبق الموجود. سيتم الاحتفاظ بالنسخ السابقة من المستند في ملفك.

Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

استبدال: حدّد هذا المربع لاستبدال توجيهك المسبق الموجود. لن يتم الاحتفاظ بالنسخ السابقة من المستند في ملفك.

Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

تعليق: حدّد هذا المربع لإلغاء تنشيط التوجيه المسبق كله أو جزء منه مؤقتاً لفترة زمنية محددة.

Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

تاريخ الانتهاء:

\_\_\_\_\_ End Date

تاريخ البدء:

\_\_\_\_\_ Begin Date

إلغاء: حدّد هذا المربع لحذف توجيهك المسبق من السجل. (هذا حذف دائم من السجل)

Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

أقر أنا، \_\_\_\_\_ (اكتب الاسم) أن هذا النموذج يمثل بدقة التغييرات التي أجريتها، وأن هذه التغييرات

دقيقة. وبالإضافة إلى ذلك، أفوض بأن تنعكس التغييرات في سجل التوجيهات المسبقة.

I, \_\_\_\_\_ (print name) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

التاريخ:

\_\_\_\_\_ Date

توقيع المُسجّل:

\_\_\_\_\_ Signature of Registrant

## Registration Policy / سياسة التسجيل

التوجيه المسبق هو مستند قانوني ينقل رغبات الشخص فيما يتعلق بعلاج الرعاية الصحية واختيارات مرحلة الاحتضار في حالة عجزه عن اتخاذ هذه القرارات أو عدم قدرته على اتخاذها. وسجل فيرمونت للتوجيهات المسبقة هو قاعدة بيانات تسمح للأشخاص بتخزين نسخة من مستند التوجيه المسبق الخاص بهم إلكترونياً في قاعدة بيانات آمنة. ويمكن الوصول إلى قاعدة البيانات هذه عند الحاجة بواسطة المُصرِّح لهم من بين مقدمي الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية ومرافق رعاية المقيمين ومدبري الجنازات ومشغلي محارق الجثث. ولمزيد من المعلومات يرجى زيارة: <http://healthvermont.gov/vadr/>

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

١. لتسجيل توجيه مسبق، يجب على المُسجِّل إكمال نموذج اتفاقية التسجيل وإرساله مع نسخة من مستند التوجيه المسبق إلى:

1. To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

The Vermont Advance Directive Registry  
PO Box 2789  
Westfield, New Jersey 07091-2789

٢. عند استلام اتفاقية التسجيل والمرفقات، سيقوم السجل بفحص التوجيه المسبق وحفظه في قاعدة البيانات جنباً إلى جنب مع معلومات التعريف بالمُسجِّل من واقع اتفاقية التسجيل. وسيرسل السجل خطاب تأكيد إلى المسجل مع رقم التسجيل، وتعليمات استخدام رقم التسجيل للوصول إلى المستندات على موقع السجل، وبطاقة المحفظة، والملصقات لإلصاقها برخصة القيادة أو بطاقة التأمين. ولا يكون التسجيل ساري المفعول حتى يستلم المُسجِّل خطاب التأكيد ومواد التسجيل.

2. Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.

٣. يجب على المُسجِّلين مشاركة رقم التسجيل من بطاقة المحفظة مع أي شخص لديه حق الوصول إلى توجيهاتهم المسبقة: على سبيل المثال، وكيل المُسجِّل أو أفراد الأسرة أو الطبيب. ويمكن لأي شخص الوصول إلى التوجيه المسبق لشخص ما باستخدام رقم التسجيل. وبالإضافة إلى ذلك، عندما لا يكون رقم التسجيل متاحاً بسهولة، يمكن لمقدم الرعاية الصحية المعتمد البحث في السجل عن التوجيه المسبق لشخص معين باستخدام معلومات التعريف الشخصية للمُسجِّل.

3. Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.

٤. المُسجِّل مسؤول عن ضمان ما يلي:

4. The registrant is responsible for ensuring that:

أ. تنفيذ التوجيه المسبق بشكل صحيح وفقاً لقوانين ولاية فيرمونت.

- a. The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.
- ب. أن نسخة التوجيه المسبق المرسلة إلى السجل، إذا كانت نسخة من الأصل، صحيحة ومقروءة.
- b. The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.
- ج. أن المعلومات الواردة في مستندات كل من اتفاقية التسجيل والتوجيه المسبق دقيقة ومحدثة.
- c. The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.
- د. يتم إخطار السجل في أقرب وقت ممكن بأي تغييرات تطرأ على التوجيه المسبق أو معلومات التسجيل من خلال إكمال وتقديم نموذج تفويض للتغيير مع إرفاق التغييرات، أو يفضل، إرفاق نسخة محدثة من التوجيه المسبق إلى السجل.
- d. The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.

٥. التسجيل الأولي بالإضافة إلى التغييرات والتحديثات اللاحقة لمعلومات التسجيل أو مستندات التوجيه المسبق كلها مجانية.

5. Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

٦. تظل اتفاقية التسجيل سارية المفعول حتى يتلقى السجل معلومات موثوقة تفيد بأن المُسجِّل قد توفي، أو يكتب المُسجِّل طلباً بإنهاء اتفاقية التسجيل. عند إنهاء الاتفاقية، يقوم السجل بحذف التوجيه المسبق للمُسجِّل من قاعدة بيانات السجل، وعندما لن يكون الملف متاحاً لمقدمي الخدمة.

6. The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.

٧. لا يمكن تغيير شروط اتفاقية التسجيل إلا من قبل السجل فقط.

7. Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.