



ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်၏ ချိန်းဆိုမှု

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များအတွက် Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်

Appointment of a Health Care Agent

BURMESE

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

သင်၏အမည်

YOUR NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

မြို့
CITY

မွေးနေ့

DATE OF BIRTH

နေ့စွဲ

DATE

ပြည်နယ်

STATE

တစ်သရက်ကုတော့

ZIP

သင်သည် သင်ကိုယ်တိုင်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်များ မချနိုင်သည့်အခါ သို့မဟုတ် ချရန် ဆန္ဒမရှိသည့်အခါ သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ် က သင့်အတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်ပေးနိုင်ပါသည်။ သင်၏ဆန္ဒများကို နားလည်သဘောပေါက်ပြီး သင်၏အေးဂျင့်အနေဖြင့် ဆောင်ရွက်ရန် သဘောတူညီထားသော သင်ယုံကြည်ရသည့် တစ်စုံတစ်ဦးကို ရွေးချယ်သင့်ပါသည်။ ဆွေမျိုးမဟုတ်ပါက သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးပေးသူသည် သင်၏အေးဂျင့် ဖြစ်၍မရနိုင်ပါ။ သင်၏အေးဂျင့်သည် ပိုင်ရှင်၊ အော်ပရေတာ၊ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် နေထိုင်ရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့၏ ကန်ထရိုက်တာ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့ သို့မဟုတ် သင်၏ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် ပြီးမြောက်ချိန်၌ သင် နေထိုင်သည့် အမှားပြင်ဆင်ရေး အထောက်အပံ့နေရာ ဖြစ်၍မရပါ။

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.

ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အေးဂျင့် အဖြစ် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို ခန့်အပ်ပါသည်။

I appoint this person to be my health care AGENT:

အေးဂျင့်အမည်

AGENT NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

အိမ်ဖုန်းနံပါတ်

HOME PHONE

ရုံးဖုန်းနံပါတ်

WORK PHONE

ဆဲလ်ဖုန်း

CELL PHONE

(သင်သည် တွဲဖက်အေးဂျင့်များ ခန့်အပ်ပါက သီးခြားစာရွက် တစ်ရွက်ဖြင့် စာရင်းပြုစုပါ)

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

ဤအေးဂျင့်သည် ကျွန်ုပ်၏ အေးဂျင့်အဖြစ် ဆောင်ရွက်ရန် မရရှိနိုင်ပါက၊ ဆန္ဒမရှိပါက သို့မဟုတ် မလုပ်ဆောင်နိုင်ပါက ကျွန်ုပ်၏ နောက်ထပ် အေးဂျင့် အဖြစ် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို ခန့်အပ်ပါသည်။ / If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my ALTERNATE AGENT:

သီးခြား အေးဂျင့်အမည်

ALTERNATE AGENT NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

အိမ်ဖုန်းနံပါတ်

HOME PHONE

ရုံးဖုန်းနံပါတ်

WORK PHONE

ဆဲလ်ဖုန်း

CELL PHONE

ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စား ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များနှင့် ပတ်သက်၍ အကြံပြုဆွေးနွေးနိုင်သည့် အခြားသူများမှာ အောက်ပါတို့ ပါဝင်ပါသည်။

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

အဓိက စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးပေးသူ (ဆရာဝန် ဆရာဝန်လက်ထောက် သို့မဟုတ် သူနာပြု) -

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

အမည်

NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

ဖုန်း

PHONE

အမည်

NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

ဖုန်း

PHONE

အကြံပြုမဆွေးနွေးသင့်သူများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်ပါသည်။

Those who should NOT be consulted include:

အမည်
NAME

မွေးနေ့
DOB

နေ့စွဲ
DATE

ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပန်းတိုင်များနှင့် ပတ်သက်သော အထွေထွေ မှတ်ချက်များ
General Comments About My Health Care Goals:

ဆန္ဒများအား လက်မှတ်ထိုးထားသော ကြေညာချက် / SIGNED DECLARATION OF WISHES

အရွယ်ရောက်သူ သက်သေနှစ်ဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးရမည်။ သက်သေများအဖြစ် အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်များက လက်မှတ်ထိုး၍ မရနိုင်ပါ။

သင်၏ အေးဂျင့်(များ)၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ ညီအစ်ကိုမောင်နှမ၊ သားသမီး သို့မဟုတ် မြေး

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.

ဤစာရွက်စာတမ်းသည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆန္ဒများကို ထင်ဟပ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ပိုင် စိတ်ဆန္ဒဖြင့် ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။ / I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

လက်မှတ်ထိုးထားသော

SIGNED

နေ့စွဲ
DATE

လက်မှတ်ထိုးသူသည် ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ သဘောသဘာဝကို နားလည်ရန်နှင့် လက်မှတ်ထိုးခဲ့သော အချိန်၌ အနိုင်အထက်အပြုခြင်း သို့မဟုတ် ပိုလွန်မှု မရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။ (ကျေးဇူးပြု၍ လက်မှတ်ထိုး၍ ပရင့်ထုတ်ပါ။) / 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)

သက်သေ ၁ (စာလုံးအကြီးဖြင့်အမည်)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

လက်မှတ်

SIGNATURE

နေ့စွဲ
DATE

သက်သေ ၂ (စာလုံးအကြီးဖြင့်အမည်)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

လက်မှတ်

SIGNATURE

နေ့စွဲ
DATE

ဤစာရွက်စာတမ်းကို လက်မှတ်ထိုးသော ပုဂ္ဂိုလ်သည် ဆေးရုံ တက်နေရပါက သို့မဟုတ် လက်ရှိလူနာ ဖြစ်နေပါက ၎င်းတို့သည် ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ သဘောသဘာဝနှင့် အကျိုး သက်ရောက်မှုကို ရှင်းပြခဲ့ပြီး လူနာက နားလည်သဘောပေါက်ရန်နှင့် လက်မှတ်ထိုးသော အချိန်၌ အနိုင်အထက်အပြုခြင်း သို့မဟုတ် ပိုလွန်မှု မရှိကြောင်း အောက်ပါတစ်ခုကို လက်မှတ်ထိုး၍ အတည်ပြုရမည်။ သတ်မှတ်ထားသည့် ဆေးရုံရှင်းပြသူ၊ အမှုစစ်ဝန်ထမ်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေး လူနာကိုယ်စားလှယ်၊ အသိအမှတ်ပြု ခရစ်ယာန်ဘုန်းတော်ကြီးဝင်၊ Vermont ရှေ့နေ၊ ရှေ့နေ သို့မဟုတ် အတည်ပြုတရားရုံး သတ်မှတ်ခံရသူ

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.*

ဤစာရွက်စာတမ်းကို လက်မှတ်ထိုးသော ပုဂ္ဂိုလ်သည် ဘိုးဘွားရိပ်သာ သို့မဟုတ် နေထိုင်ရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့နေရာ တွင် ရှိပါက သို့မဟုတ် နေထိုင်သူဖြစ်ပါက ၎င်း တို့သည် ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ သဘောသဘာဝနှင့် အကျိုးသက်ရောက်မှုကို ရှင်းပြခဲ့ပြီး လူနာက နားလည်သဘောပေါက်ရန်နှင့် လက်မှတ်ထိုးသော အချိန်၌ အနိုင်အထက်အပြု ခြင်း သို့မဟုတ် ပိုလွန်မှု မရှိကြောင်း အောက်ပါတစ်ခုကို လက်မှတ်ထိုး၍ အတည်ပြုရမည်။ အမှုစစ်ဝန်ထမ်း၊ အသိအမှတ်ပြု ခရစ်ယာန်ဘုန်းတော်ကြီးဝင်၊ Vermont ရှေ့နေ၊ အတည်ပြုတရားရုံး သတ်မှတ်ခံရသူ၊ သတ်မှတ်ထားသည့် ဆေးရုံရှင်းပြသူ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး လူနာကိုယ်စားလှယ်၊ အထောက်အပံ့က ခန့်အပ်ထားသည့် ကျွမ်းကျင်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သင့်လျော်စွာ လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးထားသော ဘိုးဘွားရိပ်သာ/နေထိုင်ရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့ စေတနာ့ဝန်ထမ်း

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.*

အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ရှင်းပြသူသည် လိုအပ်သည့် သက်သေနှစ်ဦးတွင် တစ်ဦးအဖြစ်လည်း ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။

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

အမည်

NAME

ခေါင်းစီး/ရာထူး

TITLE/POSITION

ဖုန်း
PHONE

လိပ်စာ

ADDRESS

လက်မှတ်

SIGNATURE

နေ့စွဲ
DATE

အောက်ပါတို့မှာ ကျွန်ုပ်၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် မိတ္တူဖြစ်သည်။ (ကျေးဇူးပြု၍ စစ်ဆေးပါ)

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

Vermont ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ဌာန

Vermont Advance Directive Registry

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအေးဂျင့်

Health care agent

ဆရာဝန်/ပံ့ပိုးပေးသူ(များ) -

Doctor/Provider(s):

ဆေးရုံ(များ) -

Hospital(s):

မိသားစုဝင်(များ) -

Family Member(s):

မှတ်ပုံတင်သည့် နေ့စွဲ
DATE REGISTERED:

အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအေးဂျင့်

Alternate health care agent

Vermont ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ဌာန
မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီမှုနှင့် ပုံစံပြောင်းလဲရန် ခွင့်ပြုချက်
 (Vermont ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် စည်းမျဉ်းအတိုင်း စာရွက်စာတမ်း က နှင့် ခ)

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

ညွှန်ကြားချက်များ / Directions

- စာမျက်နှာ ၃ တွင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း မူဝါဒကို ဖတ်ရှုပြီး အောက်ပါ သက်ဆိုင်ရာ အပိုင်းတွင် ဖြည့်ပါ။ ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းစွာ ရိုက်ပါ သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ပါ။
 Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
 - ပထမအကြိမ် မှတ်ပုံတင်သူများ** - လိုအပ်သည့် မှတ်ပုံတင်သူ အချက်အလက်များနှင့် စာရွက်စာတမ်း က ကို ဖြည့်စွက်ပါ။
 First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.
 - ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် အသစ်ပြောင်းလဲခြင်းကို ဖိုင်သွင်းပြီးပါပြီ။** - လိုအပ်သည့် မှတ်ပုံတင်သူ အချက်အလက်များနှင့် စာရွက်စာတမ်း ခ ကို ဖြည့်စွက်ပါ။
 Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.
- သင်၏ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ လက်မှတ်ထိုးထားပြီး သက်သေအဖြစ် လက်မှတ်ထိုးထားသော မိတ္တူကို ပူးတွဲပါ။
 Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- မှတ်ပုံတင်ခြင်းတွင် ဖြည့်စွက်၍ လက်မှတ်ထိုးထားသော မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီမှု သို့မဟုတ် ပုံစံပြောင်းလဲရန် ခွင့်ပြုချက်နှင့်ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် စာရွက်စာတမ်း၏ လက်မှတ်ထိုးထားပြီး သက်သေအဖြစ် လက်မှတ်ထိုးထားသော မိတ္တူတစ်စုံ **မဖြစ်မနေ** ပါဝင်ရမည်။
 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.
- ပုံစံများကို ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပြီးသည်နှင့် အီးမေးလ်ဖြင့်၊ စာတိုက်မှပေးပို့ခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် ဖက်စ်ဖြင့် ပုံစံများကို ပေးပို့ပါ။
 Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

အောက်ပါသို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ။ VADRSubmissions@uslwr.com
 E-mail to:

သို့မဟုတ် အောက်ပါသို့ စာတိုက်မှပေးပို့ပါ။ Vermont Advance Directive Registry (VADR)
 Or Mail to: PO Box 2789
 Westfield, NJ 07091-2789

သို့မဟုတ် အောက်ပါသို့ ဖက်စ်ပေးပို့ပါ။ 908-654-1919
 Or Fax to:

ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များအတွက် <http://healthvermont.gov/vadr/> သို့မဟုတ် 1-888-548-9455 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။
 For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

လိုအပ်သည့် မှတ်ပုံတင်သူ အချက်အလက် / Required Registrant Information

အမည် - ပထမ အလယ် နောက်ဆုံး အတိုကောက်
 Name: First Middle Last Suffix

မွေးနေ့ - ____ / ____ / ____
 Date of Birth:

အဓိက ပေးပို့ရန်လိပ်စာ - _____
 Primary Mailing Address:

မြို့/မြို့တော် - _____ **ပြည်နယ် -** _____ **စာပို့သင်္ကေတ -** _____
 Town/City: State: Zip code:

ဖုန်းနံပါတ် - _____ **အခြား -** _____
 Phone Number: Primary () - Other: () -

သင့်ကို အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်စေလိုပါသလား။ မဆက်သွယ်စေလိုပါ။ ဆက်သွယ်စေလိုသည်။
 Would you like to be contacted by e-mail? No Yes

အီးမေးလ်လိပ်စာ - _____
 Email Address:

ဒုတိယမြောက် ပေးပို့ရန်လိပ်စာ (ရှိပါက) - _____
 Secondary Mailing Address (if applicable):

မြို့/မြို့တော် - _____ **ပြည်နယ် -** _____ **စာပို့သင်္ကေတ -** _____
 Town/City: State: Zip code:

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်စရာများ / Emergency Contacts

အဓိက - **အမည် -** _____
 Primary: Name:

မှတ်ပုံတင်သူနှင့် တော်စပ်ပုံ - _____ **ဖုန်းနံပါတ် -** _____
 Relationship to Registrant: Phone Number: () -

ဒုတိယမြောက် - **အမည် -** _____
 Secondary: Name:

မှတ်ပုံတင်သူနှင့် တော်စပ်ပုံ - _____ **ဖုန်းနံပါတ် -** _____
 Relationship to Registrant: Phone Number: () -

သတိပြုချက် - မှတ်ပုံတင်ဌာနသို့ တင်သွင်းမှုများအားလုံးတွင် မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်၏ လက်မှတ်ထိုးထားပြီး အသိသက်သေ လက်မှတ်ထိုးထားသော မိတ္တူ ပါဝင်ရမည်။ ၎င်းသည် ပထမအကြိမ် တင်သွင်းမှုများနှင့် လက်ရှိ စာရွက်စာတမ်းများတွင် ပြင်ဆင်ပြောင်းလဲမှုများ နှစ်ခုလုံးနှင့် သက်ဆိုင်ပါသည်။

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.

စာရွက်စာတမ်း က - မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီမှု
Document A: Registration Agreement

သင်၏ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို မှတ်ပုံတင်သော သင်၏ပထမအကြိမ် ဖြစ်ပါက ဤအပိုင်း **တစ်ခုတည်းကိုသာ** ဖြည့်ပါ။
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

ကျွန်ုပ် _____ (စာလုံးအကြီးဖြင့်အမည်) သည် Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ဌာနတွင် ကျွန်ုပ်၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်ကို မှတ်ပုံတင်ပြီး Vermont ဥပဒေက ခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်း ၎င်း၏အသုံးပြုခွင့်ကို တရားဝင်ခွင့်ပြုကြောင်း တောင်းဆိုပါသည်။ အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ကို အသိအမှတ်ပြု၍ အတည်ပြုပါသည်။ ပေးထားသော အချက်အလက်များ တိကျမှန်ကန်ပါသည်။ မှတ်ပုံတင်ဌာန မှတ်ပုံတင်ခြင်း မူဝါဒ၏ စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှု၊ နားလည်သဘောပေါက်၍ သဘောတူပါသည်။ အခွင့်မရှိသော ဝင်ရောက်မှု မခံရအောင် ကျွန်ုပ်၏ မှတ်ပုံတင်သူ အိုင်ဒီနံပါတ်နှင့် ပိုက်ဆံအိတ်ကတ်ပြားကို ကာကွယ်ပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ မှတ်ပုံတင်ခြင်း အချက်အလက် သို့မဟုတ် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်တွင် အပြောင်းအလဲများကို စာဖြင့်ရေးသား၍ မှတ်ပုံတင်ဌာနထံ ချက်ချင်း အကြောင်းကြားပါမည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤသဘောတူညီမှုကို မည်သည့်အဖွဲ့ကမျှ အနိုင်ထက်ပြုမှုခြင်း၊ ခြိမ်းခြောက်အကျပ်ကိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် ပိုလွန်သည့် လွှမ်းမိုးမှုမရှိဘဲ ဆန္ဒအလျောက် ဆောင်ရွက်ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ပိုက်ဆံအိတ်ကို ဝင်ရောက်ခဲ့သူ မည်သူမဆိုကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ စာရွက်စာတမ်းများနှင့် ကိုယ်ရေး အချက်အလက်များသို့ ထပ်မံဝင်ရောက်ရန် အသုံးပြုနိုင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကျွန်ုပ် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းသည့်အချိန်အထိ ဆက်လက်အကျိုးသက်ရောက်ပါသည်။

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.

မှတ်ပုံတင်သူ၏ လက်မှတ် - _____ **နံ့စွဲ -** _____
Signature of Registrant: _____ **Date:** _____

စာရွက်စာတမ်း ခ - ပြောင်းလဲရန် ခွင့်ပြုချက်
Document B: Authorization to Change

သင်သည် လက်ရှိတွင် မှတ်ပုံတင်ထားပြီး မှတ်ပုံတင်ဌာနတွင် စာရင်းသွင်းပြီးသော ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်တွင် အပြောင်းအလဲများ ပြုလုပ်လိုပါက **တစ်ခုတည်းကိုသာ** ဖြည့်စွက်ပါ။
Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

သင်၏တင်သွင်းမှုတွင် အသုံးပြုသည့် အောက်ပါ အကွက်ကို ဖြည့်ပါ။
Check the box below that applies to your submission.

ပြင်ဆင်ရန် - သင်၏လက်ရှိ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို ပြင်ဆင်ရန် ဤအကွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ယခင် စာရွက်စာတမ်းမှတ်တမ်းကို သင်၏ဖိုင်တွင် ထိန်းသိမ်းထားပါမည်။
Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

အစားထိုးရန် - သင်၏လက်ရှိ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို အစားထိုးရန် ဤအကွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ယခင် စာရွက်စာတမ်းမှတ်တမ်းကို သင်၏ဖိုင်တွင် ထိန်းသိမ်းထားမည် မဟုတ်ပါ။
Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

ဆိုင်းငံ့ရန် - အချိန်အတိုင်းအတာတစ်ခုအတွက် သင်၏ကြိုတင်လမ်းညွှန်ချက်၏ အစိတ်အပိုင်းအားလုံးကို ယာယီပိတ်ထားရန် ဤအကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ။
Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

စတင်ရက်စွဲ - _____ **အဆုံးရက်စွဲ -** _____
Begin Date: _____ **End Date:** _____

ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းရန် - မှတ်ပုံတင်ဌာနမှ သင်၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို ဖျက်ရန် ဤအကွက်ကို ဖြည့်ပါ။ (မှတ်ပုံတင်ဌာနမှ အပြီးဖယ်ရှားခြင်းဖြစ်သည်။)
Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

ကျွန်ုပ် _____ (စာလုံးအကြီးဖြင့်အမည်) သည် ဤပုံစံက ကျွန်ုပ် ပြုလုပ်ခဲ့သည့် အပြောင်းအလဲများကို တိကျမှန်ကန်စွာ ကိုယ်စားပြုပြီး အဆိုပါ အပြောင်းအလဲများသည် တိကျမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ထို့ပြင် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ဌာနတွင် ထင်ဟပ်ရမည့် အပြောင်းအလဲများကို ကျွန်ုပ်သည် တရားဝင်ခွင့်ပြုပါသည်။

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.

မှတ်ပုံတင်သူ၏ လက်မှတ် - _____ **နံ့စွဲ -** _____
Signature of Registrant: _____ **Date:** _____

မှတ်ပုံတင်ခြင်း မူဝါဒ / Registration Policy

ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ဆိုသည်မှာ လူတစ်ဦးသည် ၎င်း၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကုသရေးနှင့် ဘဝ ရွေးချယ်မှုများ၏ အဆုံးသတ်မှုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ မစွမ်းဆောင်နိုင်ပါက သို့မဟုတ် အဆိုပါဆုံးဖြတ်ချက်များကို မချနိုင်ပါက လူတစ်ဦး၏ ဆန္ဒများကို လွှဲပြောင်းသည့် တရားဝင် စာရွက်စာတမ်းတစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ Vermont ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ခြင်းသည် လုံခြုံစိတ်ချရသည့် ဒေတာဘေ့စ်တစ်ခုတွင် ၎င်း၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူကို အီလက်ထရွန်းနစ်စနစ်အရ လူများကို သိမ်းဆည်းစေနိုင်သည့် ဒေတာဘေ့စ်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ တရားဝင်ခွင့်ပြုထားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးပေးသူများ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့များ၊ နေထိုင်ရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့များ၊ စုပုဒ် ဒါရိုက်တာများနှင့် မီးသဂြိုဟ် စက်မောင်းများက လိုအပ်သည့်အချိန်တွင် ဒေတာဘေ့စ်များ ဝင်ရောက်နိုင်ပါသည်။ နောက်ထပ် အချက်အလက်များအတွက် <http://healthvermont.gov/vadr/> သို့ ဝင်ရောက်ပါ။

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/>.

1. ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို မှတ်ပုံတင်ရန် မှတ်ပုံတင်သူသည် အောက်ပါသို့ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူနှင့်အတူ မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီချက်ကို ဖြည့်စွက်၍ ပေးပို့ရပါမည်။

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

2. မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီချက်နှင့် ပူးတွဲပါများ လက်ခံရရှိခြင်းအပေါ် မှတ်ပုံတင်ဌာနက ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို စက်နံဖတ်ပြီး မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီမှုမှ မှတ်ပုံတင်သူ ခွဲခြားရေးထုတ်သော အချက်အလက်များနှင့်အတူ ဒေတာဘေ့စ်တွင် သိမ်းဆည်းထားပါမည်။ မှတ်ပုံတင်နံပါတ်၊ မှတ်ပုံတင်ဌာန ဝတ်ဆံကတ်စွဲ စာရွက်စာတမ်းများထံ ဝင်ရောက်ရန် မှတ်ပုံတင်နံပါတ် အသုံးပြုခြင်းအတွက် လမ်းညွှန်ချက်များ၊ ပိုက်ဆံအိတ်ကတ်ပြားနှင့် ယာဉ်မောင်းလိုင်စင် သို့မဟုတ် အာမခံကတ်ပြားကို ကပ်ရန် စတစ်ကာများနှင့်အတူ မှတ်ပုံတင်သူထံ အတည်ပြုစာကို မှတ်ပုံတင်ဌာနက ပေးပို့ပါမည်။ မှတ်ပုံတင်သူက ပြုလုပ်သည့် အတည်ပြုစာနှင့် မှတ်ပုံတင်ခြင်း ပစ္စည်းများ လက်ခံရရှိသည့်တိုင်အောင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းသည် အကျိုးမသက်ရောက်ပါ။

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.

3. ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များကို ဝင်ရောက်သင့်သည် မည်သည့်မဆို ပိုက်ဆံအိတ်ကတ်ပြားမှ မှတ်ပုံတင်နံပါတ်ကို မှတ်ပုံတင်သူများက မျှဝေသင့်ပါသည်။ ဥပမာ- မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကိုယ်စားလှယ်၊ မိသားစုဝင်များ သို့မဟုတ် ဆရာဝန် မှတ်ပုံတင်နံပါတ် အသုံးပြု၍ လူတစ်ဦး၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို မည်သို့မဆို ဝင်ရောက်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် မှတ်ပုံတင်နံပါတ်သည် အလွယ်တကူ မရရှိနိုင်သည့်အခါ လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ထားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးပေးသူက မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ခွဲခြားရေးထုတ်သော အချက်အလက်များကို အသုံးပြု၍ လူအတိအကျ၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်အတွက် မှတ်ပုံတင်မှုကို ရှာနိုင်ပါသည်။

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.

4. မှတ်ပုံတင်သူသည် အောက်ပါတို့ကို စိစစ်ခြင်းအတွက် တာဝန်ရှိပါသည်။
The registrant is responsible for ensuring that:
 - a. ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို Vermont ပြည်နယ် ဥပဒေနှင့်အညီ သင့်လျော်စွာ အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ပါသည်။
The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.
 - b. မူရင်း၏ ဓာတ်ပုံမိတ္တူဖြစ်ပါက မှတ်ပုံတင်ဌာနသို့ ပေးပို့သော ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် မိတ္တူသည် မှန်ကန်၍ ဖတ်ရှုနိုင်ပါသည်။
The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.
 - c. မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီချက်နှင့် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် စာရွက်စာတမ်းများ နှစ်ခုစလုံးရှိ အချက်အလက်များသည် တိကျမှန်ကန်၍ နောက်ဆုံး အချက်အလက်များ ဖြစ်ရပါသည်။
The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.
 - d. မှတ်ပုံတင်ဌာနထံ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ ဖြည့်စွက်ထားသော အပြောင်းအလဲများ ဖြစ်နိုင်ပါက ပြောင်းလဲပြင်ဆင်ထားသော မိတ္တူဖြင့် ပုံစံပြောင်းလဲရန် ခွင့်ပြုချက်ကို ဖြည့်စွက်၍ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်း အချက်အလက်များတွင် အပြောင်းအလဲ တစ်ခုခုကို မှတ်ပုံတင်ဌာနထံ အမြန်ဆုံး အကြောင်းကြားပါသည်။
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.

5. ကနဦး မှတ်ပုံတင်ခြင်းနှင့် မှတ်ပုံတင်ခြင်း အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် စာရွက်စာတမ်းများတွင် နောက်ဆက်တွဲ ပြောင်းလဲမှုများနှင့် ပြင်ဆင်မှုများသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။
Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

6. မှတ်ပုံတင်ဌာနက မှတ်ပုံတင်သူသည် သေဆုံးကြောင်း ယုံကြည်စိတ်ချရသည့် သတင်းအချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိသည့်တိုင်အောင် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီချက်ကို အဆုံးသတ်ကြောင်း မှတ်ပုံတင်သူက စာဖြင့်ရေးသား၍ တောင်းဆိုမှုများ လက်ခံရရှိသည့်တိုင်အောင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီမှုသည် ဆက်လက်၍ အကျိုး သက်ရောက်နေပါမည်။ သဘောတူညီချက် အဆုံးသတ်သည့်အခါ မှတ်ပုံတင်ဌာနက မှတ်ပုံတင် ဒေတာဘေ့စ်မှ မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို ဖယ်ရှားပစ်မည်ဖြစ်ပြီး ဖိုင်သည် ပံ့ပိုးသူများထံ ရရှိနိုင်တော့မည်မဟုတ်ပါ။
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.

7. မှတ်ပုံတင်ဌာနကသာ မှတ်ပုံတင်ခြင်း သဘောတူညီချက်၏ စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များကို ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။
Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.