



# ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်

Vermont ကိုယ်ကျင့်တရားများ ကွန်ယက် မှ ပြင်ဆင်သည်/ပြင်ဆင်သည်။

## Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

BURMESE

### ရှင်းလင်းချက်နှင့် ညွှန်ကြားချက်များ EXPLANATION & INSTRUCTIONS

- သင့်၌အခွင့်အရေးရှိသည် - / You have the right to:
  1. သင်ကိုယ်တိုင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆုံးဖြတ်ချက်များမလုပ်ဆောင်နိုင်သောအချိန် သို့မဟုတ် မလုပ်ဆောင်နိုင်လျှင် အခြားတစ်ဦးအား အမည်သတ်မှတ်နိုင်ခွင့်။  
Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.
  2. မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အမျိုးအစားကို သင်လိုချင်သည် သို့မဟုတ် မလိုချင်သည်နှင့် ပတ်သက်သည့် ညွှန်ကြားချက်များ ပေးနိုင်ခွင့်။  
Give instructions about what types of health care you want or do not want.
- ကုသမှုအတွက် သင်၏ ရည်မှန်းချက်များ၊ ဆန္ဒများနှင့် စိတ်ကြိုက်အချက်များနှင့်ပတ်သက်၍ သင်နှင့် အရင်းနှီးဆုံး ပုဂ္ဂိုလ်များနှင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများနှင့် စကားပြောဖို့ အရေးကြီးသည်။  
It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.
- သင်သည် ဤဖောင်ပုံစံကို အစအဆုံး သို့မဟုတ် မည်သည့် အပိုင်းကို မဆို သုံးနိုင်ပါသည်။ ဥပမာ-အပိုင်း တစ် တွင် အေးဂျင့်တစ်ဦးကို ရွေးချယ်ခြင်းကိုသာ သင်ဆန္ဒရှိပါက ကိုအပိုင်းကိုသာ ဖြည့်စွက်နိုင်ပြီး အပိုင်း ငါး သို့သွားကာ သင့်လျော်ရာ အသိသက်သေများရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးနိုင်ပါသည်။  
You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.
- သင့်သလို အသိသက်သေထားနိုင်သရွေ့ နောက်ထပ်ပုံစံဖောင်တစ်ခုကိုလည်း သင်အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးရှောက်မှု စိတ်ကြိုက်ဦးစားပေးများနှင့် ပတ်သက်သည့် ပိုမိုကောင်းသော ရွေးချယ်စရာများနှင့် အချက်အလက်များ ထောက်ပံ့ပေးသော ပိုမိုအသေးစိတ်ကျသည့် ပုံစံဖောင်များကို VEN ဝက်ဆိုက် [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org) ၌ တွေ့နိုင်ပါသည်။  
You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

ဤပုံစံဖောင်၏ အပိုင်း တစ်ခုသည် သင်သည် ကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ချက်မပေးနိုင်သည့်အခါ သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ပေးရန် လူတစ်ဦးကို သင်၏ “အေးဂျင့်” အဖြစ် အမည်သတ်မှတ်ရန် ခွင့်ပြုပေးသည်။ သင်သည် အခြား အေးဂျင့်များကိုလည်း အမည်သတ်မှတ်ပေးနိုင်ပါသည်။ သင်ယုံကြည်ရသည့်သူမျိုး၊ ခက်ခဲသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို သင့်ကိုယ်စား ချမှတ်ရန် အဆင်ပြေမည့်သူ ကို သင် ရွေးချယ်သင့်သည်။ သင့်အတွက် ရွေးချယ်မှုများ ပြုလုပ်ရာတွင် သင်၏ တန်ဖိုးသတ်မှတ်ချက်များဖြင့် ၎င်းတို့ကို လမ်းညွှန်ပေးသင့်ပြီး သင်၏ အေးဂျင့်အဖြစ် လုပ်ဆောင်ရန် သဘောတူသင့်သည်။ သင်သည် အေးဂျင့်တစ်ဦးကို မသတ်မှတ်ပေးသည့်ဖြစ်စေကာမူ သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကြိုက်နှစ်သက်သည့်အချက်များကို ဖော်ပြပြီး ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် ပုံစံဖောင်ကို သင် ဖြည့်စွက်နိုင်ပါသည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့ပေးသူများသည် အေးဂျင့်မရှိစေကာမူ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်ထဲရှိ သင်၏ ညွှန်ကြားချက်များကို အစွမ်းကုန် လိုက်နာပါမည်။ သို့သော် သင်၏ အေးဂျင့်အဖြစ် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချပေးရန် သတ်မှတ်ပေးထားသည့် ပုဂ္ဂိုလ် တစ်ဦးရှိခြင်းသည် သင်၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်ထဲတွင် အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသည့် အခြေနေများ၌ သင့်အတွက် အကောင်းဆုံး ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချပေးနိုင်အောင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့ပေးသူများကို ကူညီမည်ဖြစ်သည်။ Vermont ဥပဒေအရ အနီးစပ်ဆုံးဆွေမျိုးသည် သင် ဆုံးဖြတ်ချက်မပြုနိုင်လျှင် သင့်ကိုယ်စား ဆုံးဖြတ်ချက် အလိုအလျောက် ပြုနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ ထို့ကြောင့် သင်ရွေးထားသည့် သူတစ်ဦးကို ကြိုတင် ခန့်ထားခြင်းသည် အကောင်းဆုံးပင် ဖြစ်သည်။

**Part ONE** of this form allows you to name a person as your “agent” to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you and agree to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences even if you do not identify an agent. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.

ဤပုံစံဖောင်၏ အပိုင်း နှစ် ညွှန် ကုသမှု ရည်မှန်းချက်များ နှင့် လိုလားချက်များကို သင့်အား ဖော်ပြစေသည်။ အခြေနေအချို့၌ ကုသမှု ယူခြင်း၊ မယူခြင်း သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်း စသည့် သင်၏ လိုလားချက်များကို ဖော်ပြရန် ရွေးချယ်စရာများ သင့်အတွက် ပေးထားပါသည်။ သင်၏တန်ဖိုးစံနှုန်းများ၊ ကျန်းမာရေးအခြေနေ သို့မဟုတ် ယုံကြည်မှုများပေါ်တွင် အခြေခံသည့် အပို သို့မဟုတ် သီးခြား ဆန္ဒများကို ရေးရန် နေရာလွတ်ကိုလည်း သင့်အတွက်ပေးထားသည်။

**Part TWO** of this form lets you state **Treatment Goals & Wishes**. Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

ဤဖောင်၏ အပိုင်း သုံး ညွှန် ကုသမှု၏ ကန့်သတ်ချက်များ နှင့်ပတ်သက်သည့် သင့်ဆန္ဒများကို ဖော်ပြရန် ခွင့်ပြုသည်။ ဤကုသမှုများတွင် CPR၊ အသက်ရှူစက်များ၊ အစာသွင်းပြွန်များ နှင့် ပဋိဇီဝဆေးများ ပါဝင်သည်။ နောက်ထပ်အပို ဆန္ဒများရေးရန် သင့်အား ကွက်လပ်ပေးထားပါသည်။ မှတ်ရန်- အထူးသဖြင့် အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် သင်ဆန္ဒမရှိသော ကုသမှုများကို မရှိစေရန် CPR၊ အသက်ရှူစက်များ၊ အစာသွင်းပြွန်များ နှင့် ပဋိဇီဝဆေးများ သင်အလိုမရှိပါက **DNR/COLST အမိန့်စာ** (ယာယီအသက်ရှင်သန်နိုင်ရေး ကုသမှုအတွက် အသက်မဆက်ရေး/ဆေးဆရာဝန် အမိန့်) ပေးနိုင်သည့် သင့်ဆရာဝန်နှင့် ဆွေးနွေးပါ။ အရေးပေါ် ဆေးဝန်ထမ်းများသည် ကုသမှုကန့်သတ်ချက် အချို့ကို အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသည့် လက်မှတ်ထိုးထားသော DNR/COLST အမိန့်စာ မရှိလျှင် သင့်အား အသက်ကယ် ကုသမှုပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ DNR/COLST အမိန့်စာ မရှိပါက အရေးပေါ်ဆေးအဖွဲ့သည် ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်၊ သင့်မိသားစု၊ အေးဂျင့် သို့မဟုတ် သမားတော်တို့အား တိုင်ပင်ရန် အချိန်မရသည် ဖြစ်သောကြောင့် CPR ကို ဆောင်ရွက်ပေးပါလိမ့်မည်။

**Part THREE** of this form lets you express your wishes about **Limitations of Treatment**. These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes. NOTE: If you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/COLST order** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to ensure that you do not receive treatments you do not want, especially in an

emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

**ဤဖောင်၏ အပိုင်း လေး သည် ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ/တစ်ရှူး၊ လူ့ဒါန်းခြင်း နှင့် ဈာပန၊ မြှုပ်နှံရေး နှင့် သင်၏ ကျန်ရှိအရိုးပြာစသည်များ စွန့်ပစ်ခြင်းတို့အတွက် စိတ်ကြိုက် ရွေးချယ်ထားသည်များနှင့် ပတ်သက်သော သင်၏ ဆန္ဒများကို ဖော်ပြရန် ခွင့်ပြုသည်။**

**Part FOUR** of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

**အပိုင်း ငါး** သည် လက်မှတ်များအတွက်ဖြစ်သည်။ အရွယ်ရောက်သူ သက်သေခံ ဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် ဖောင်ကို လက်မှတ်ထိုး ရက်စွဲတပ်ရမည်။ အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ် များသည် အသိသက်သေ မလုပ်နိုင်ပါ- သင့် အေးဂျင့်နှင့် အခြား အေးဂျင့်များ၊ သင့် အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် လက်တွဲဖော်၊ မိဘများ၊ မွေးချင်းများ၊ ကလေးများ သို့မဟုတ် မြေးများ။

ဖြည့်စွက်ပြီးသောဖောင်ကို သင့် အေးဂျင့်နှင့် အခြားအေးဂျင့်(များ)၊ သင့် ဆရာဝန်၊ သင့် မိသားစုနှင့် သင်တက်ရောက်ကုသနေသည့် သို့မဟုတ် သင် စောင့်ရှောက်မှုရယူ ရန် အလားအလာရှိသည့် ကျန်းမာရေးအဆောက်အအုံသို့ မိတ္တူများ ပေးသင့်ပါသည်။ သင်၏ စိတ်ကြိုက်ရွေးချယ်ထားသည်များ အပြောင်းအလဲရှိပါက အင်ဒိတ်လုပ်နိုင်ရန် သင်၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် မိတ္တူရရှိထားသူများကို မှတ်ထားပါ။

သင်၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် မိတ္တူတစ်စုံကို ဤစာ၏အဆုံးတွင် တွေ့မည့် မှတ်ပုံတင်ရန် သဘောတူညီချက် ပုံစံဖောင်နှင့်အတူ Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ရုံးသို့ ပေးပို့ရန်လည်း သင့်အား တိုက်တွန်းပါသည်။

မည်သည့်အချိန်မဆို ဤ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်၏ အာလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ပယ်ဖျက်ခြင်း သို့မဟုတ် အစားထိုးခြင်း ပြုရန် သင့်၌ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ သင် မပယ်ဖျက်ပါက ယခင်မိတ္တူ အဟောင်းအားလုံးကို ဖျက်ဆီးသင့်ပါသည်။ Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ရုံးသို့ သင်အပြောင်းအလဲပြုလုပ်ပြီး မိတ္တူတစ်စုံ ပို့ပြီးပါက သင်၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်ကို အင်ဒိတ်ပြုလုပ်ရန် မိတ္တူအသစ်တစ်စုံ သို့မဟုတ် လိုအပ်သော အချက်အလက်များနှင့်အတူ ပြောင်းလဲမှု အသိပေးစာဖောင်တစ်စုံကို ၎င်းတို့အား သေချာစွာ ပေးပို့ပါ။

**Part FIVE** is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may not be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.



STEP  
**2**  
**TAKING  
STEPS  
VERMONT**

## A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to appoint a health care agent and document treatment preferences



A publication by the Vermont Ethics Network

မတူညီသော ရွေးချယ်မှုအမျိုးမျိုးနှင့် အခြေနေအမျိုးမျိုးကို သင့် အေးဂျင့်(များ) သို့မဟုတ် သင်၏ ချစ်ရသူများနှင့် ဆွေးနွေးရန်နှင့် စဉ်းစားရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေရန် ခြေလှမ်းများစတင်ခြင်း စာအုပ်အသေးကို သင်ဖတ်ရန် ဆန္ဒရှိနိုင်ပါသည်။

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

ခြေလှမ်းများစတင်ခြင်းစာအုပ်မိတ္တူများကို အောက်ပါ၌ ဝယ်ယူနိုင်သည်- Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

**Vermont Ethics Network**

**61 Elm Street**

**Montpelier, VT 05602.**

ဖုန်း (Tel) **(802) 828-2909**

ဖက်စ် (Fax) **(802) 828-2646**

**www.vtethicsnetwork.org**

Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက် မှတ်ပုံတင်ရုံး နှင့်ပတ်သက်၍

နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက်-

For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

**VEN ဝဘ်ဆိုဒ်- www.vtethicsnetwork.org**

**VEN website**

သို့မဟုတ် / or

**မှတ်ပုံတင် ဝဘ်ဆိုက် Vermont ကျန်းမာရေးဌာန-**

**Registry website at the Vermont Department of Health:**

**www.healthvermont.gov/vadr**



# ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်၏ ချိန်းဆိုမှု

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များအတွက် Vermont ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်

## Appointment of a Health Care Agent

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

သင်၏အမည်

YOUR NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

မြို့  
CITY

မွေးနေ့

DATE OF BIRTH

နေ့စွဲ

DATE

ပြည်နယ်

STATE

စာပို့သင်္ကေတ

ZIP

### အပိုင်း တစ်- ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအေးဂျင့်

#### PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

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။ ဆွေးနွေးမဟုတ်ပါက 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၌ သင်နေထိုင်သည့် 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

အီးမေးလ်

EMAIL

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

အီးမေးလ်

EMAIL

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

အမည်

NAME

လိပ်စာ

ADDRESS

ဖုန်း

PHONE

ဖုန်း

PHONE

အကြံပြုမဆွေးနွေးသင့်သူများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်ပါသည်။

Those who should NOT be consulted include:

ကျွန်ုပ်၏ ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်ကို အောက်ပါအတိုင်း စတင်လိုပါသည် - / I want my Advance Directive to start:

မိမိဘာသာ ဆုံးဖြတ်ချက် မချနိုင်သောအခါ  
When I cannot make my own decisions

ယခု  
Now

ဤသို့ဖြစ်သည့်အခါ-  
When this happens:

**အပိုင်း နှစ်- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုရည်မှန်းချက်များနှင့် စိတ်ဝိညာဉ်ပိုင်း ဆန္ဒများ**  
**PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES**

ကျွန်ုပ်၏ အလုံးစုံ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရည်မှန်းချက်များတွင် အောက်ပါတို့ပါဝင်သည် - / My overall health care goals include:

မည်သည့် ဆေးဝါးနည်းလမ်းဖြင့်ဖြစ်  
စေ ကျွန်ုပ်၏အသက်ကို တတ်နိုင်  
သမျှ ဆက်ရှည်အောင်လုပ်ရန် ဆန္ဒ  
ရှိပါသည်။  
I want to have my life sustained as long as  
possible by any medical means.

အောက်ပါတို့ပြုနိုင်မှသာ ကျွန်ုပ်၏အသက်ကို ဆက်ရှည်အောင် ကုသလို  
ပါသည် - / I want treatment to sustain my life only if I will:  
မိတ်ဆွေများနှင့် မိသားစုနှင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်မည်ဆိုလျှင်။  
be able to communicate with friends and family.  
ကိုယ့်ဝန်ကိုယ့်တာကို မိမိဘာသာ စောင့်ရှောက်နိုင်မည်ဆိုလျှင်။  
be able to care for myself.  
မသန်မစွမ်းဝေဒနာမရှိဘဲ အသက်ရှင်နိုင်မည် ဆိုလျှင်။  
live without incapacitating pain.  
မိမိဝန်းကျင်ကို သတိမူနိုင်သောအသိရှိမည်ဆိုလျှင်။  
be conscious and aware of my surroundings.

ကျွန်ုပ်သက်တောင့်သက်သာဖြစ်  
စေဖို့ဦးတည်သော ကုသမှုကို  
သာလျှင် ဆန္ဒရှိသည်။  
I only want treatment directed toward my  
comfort.

ကျွန်ုပ်ထပ်မံဖော်ပြလိုသော ရည်မှန်းချက်များ၊ ဆန္ဒများ သို့မဟုတ် ယုံကြည်မှုများတွင် အောက်ပါတို့ပါဝင်သည်-  
Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

အသက်အန္တရာယ်စိုးရိမ်ရသော ဖျားနာမှုရှိလျှင် အကြောင်းကြားရမည့် လူများ-  
People to notify if I have a life-threatening illness:

သေဆုံးခါနီးအခြေအနေဖြစ်ပါက အောက်ပါနေရာတွင် ရှိရန် ကျွန်ုပ်အတွက်အရေးကြီးသည်(ရွေးချယ်မှုအမှန်ဖြစ်ပါ)- / If I am dying it is important for me to be (check choice):

အိမ်၌

At home

ဆေးရုံ၌

In the hospital

အခြား -

Other:

စိတ်ကြိုက်ရွေးချယ်မှုမရှိ

No preference

ကျွန်ုပ်၏ စိတ်ဝိညာဉ်စောင့်ရှောက်မှု ဆန္ဒများတွင် အောက်ပါတို့ပါဝင်သည် - / My Spiritual Care Wishes include:

ကျွန်ုပ်၏ ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ/ယုံကြည်မှု-

My Religion/Faith:

ဝတ်ပြုရာနေရာ

PLACE OF WORSHIP

လိပ်စာ

ADDRESS

ဖုန်း

PHONE

အောက်ပါများ သို့မဟုတ် တေးဂီတ သို့မဟုတ် စာဖတ်ပေးခြင်းများသည် ကျွန်ုပ်အဖို့ သက်သာရာဖြစ်စေမည်ဖြစ်သည်-  
The following items or music or readings would be a comfort to me:

**အပိုင်း သုံး- ကုသမှု ကန့်သတ်ချက်များ**  
**PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT**

သင် အပြင်းအထန်နေမကောင်းဖြစ်နေပါက သို့မဟုတ် သေဆုံးတော့မည်ဖြစ်ပါက သင်မည်ကဲ့သို့သောကုသမှုမျိုးကို လိုချင်သည် သို့မဟုတ် မလိုကြောင်း ဆုံးဖြတ်နိုင်သည်။ ကုသမှုကန့်သတ်ချက်များ မည်သို့ပင်ထားရှိထားစေကာမူ သင်၏နာကျင်မှုနှင့် ရောဂါလက္ခဏာများ (ပျို့ခြင်း၊ ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ အသက်ရှူကြပ်ခြင်း) ကို သင့်အနေဖြင့် ခံစားမခံစားရန် ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ကုသမှုကန့်သတ်ချက်များကို မဖော်ပြထားပါက ဆေးကုသအဖွဲ့ကိုလိုအပ်ပြီး သင့်အသက်ကို ကယ်တင်ရန် ဖြစ်နိုင်သမျှ အရာအားလုံးကို လုပ်ဆောင်ပါမည်။

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

**1. ကျွန်ုပ်၏နှလုံးခုန်ရပ်ပါက (တစ်ခုရွေးပါ) - / If my heart stops (choose one):**

နှလုံးပြန်အလုပ်လုပ်လာအောင် CPR လုပ်ရန် ကျွန်ုပ်ဆန္ဒရှိပါသည်။  
I DO want CPR done to try to restart my heart.

နှလုံးပြန်အလုပ်လုပ်လာအောင် CPR လုပ်ရန် ကျွန်ုပ်ဆန္ဒမရှိပါ။  
I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

CPR ဆိုသည်မှာ နှလုံး(နှလုံး)-အဆုတ်(အဆုတ်) ပြန်လည်အလုပ်လုပ်စေခြင်းဖြစ်ပြီး၊ နှလုံးလှုပ်ငန်းဆောင်ရွက်မှု ပြန်လည်လုပ်ဆောင်စေရန် သို့မဟုတ် အကူပေးရန် ရင်ဘတ်အား အားစိုက်ဖိနှိပ်ခြင်း၊ လျှပ်စစ်ဖြင့် လှုံ့ဆော်ခြင်း၊ ဆေးဝါးပေးခြင်းနှင့် အသက်ရှူရန်ကယ်တင်ခြင်း (သင့် အဆုတ်ထဲသို့ လေတွန်းသွင်းခြင်း) တို့ပါဝင်သည်။  
CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).

**2. ကျွန်ုပ်သည် မိမိဘာသာ အသက်မရှူနိုင်ပါက (တစ်ခုရွေးပါ) - / If I am unable to breathe on my own (choose one):**

ကျွန်ုပ်သည် အသက်ရှူစက်ကို အချိန်အကန့်အသတ်မရှိ လိုချင်သည်။  
I DO want a breathing machine without any time limit.

အသက်ရှင်မရှင် သို့မဟုတ် ပိုသက်သာမှုရှိမရှိ ကြည့်ရန် အချိန်ကာလတိုတစ်ခုပေး၍ အသက်ရှူစက်ရချင်ပါသည်။ / I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

ကျွန်ုပ်သည် အသက်ရှူစက်ကို အချိန်အနည်းမျှ မလိုချင်ပါ။  
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

"အသက်ရှူစက်" ဆိုသည်မှာ လေရှူစက်ကဲ့သို့ သင့်အဆုတ် အတွင်းအပြင်သို့ လေကို စက်အားဖြင့် တွန်းရွှေ့စေသော စက်ကို ရည်ညွှန်းသည်။  
"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.

**3. ကျွန်ုပ်သည် အသက်ရှင်ရန် အစာ သို့မဟုတ် ရေ အလိုအလောက် မမြို့ချနိုင်ပါက (တစ်ခုရွေးပါ) -**

**If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):**

ကျွန်ုပ်သည် အစာပြန်ကို အချိန်အကန့်အသတ်မရှိ လိုချင်သည်။  
I DO want a feeding tube without any time limits.

အသက်ရှင်မရှင် သို့မဟုတ် ပိုသက်သာမှုရှိမရှိ ကြည့်ရန် အချိန်ကာလတိုတစ်ခုပေး၍ အစာပြန်ရချင်ပါသည်။ / I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

ကျွန်ုပ်သည် အစာပြန်ကို အချိန်အနည်းငယ်မျှ မလိုချင်ပါ။  
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

မှတ်ရန်- သင်သည် အခြားပြည်နယ်၌ ကုသမှုခံယူနေပါက သင့်အေးဂျင့်သည် အစာပြန်ကို ဟန့်ထားရန် သို့မဟုတ် ဖြုတ်ရန် လုပ်ပိုင်ခွင့်ကို အလိုအလျောက်ရှိနိုင်မည် မဟုတ်။ အစာပြန်နှင့်ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို သင်၏အေးဂျင့်အား ချမှတ်စေလိုပါက အောက်က ဘောက်စ်ကို အမှန်ခြစ်ပါ။

NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.

ကျွန်ုပ်၏အေးဂျင့်အား အစာပြန်နှင့်ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ရန် ကျွန်ုပ် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးသည်။  
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

**4. ကျွန်ုပ်သည် ရောဂါကျမ်းနေပါက သို့မဟုတ် သက်သာရန်အလားအလာ မရှိနိုင်တဲ့အထိ နာမကျန်းဖြစ်ပါက (တစ်ခုရွေးပါ) -**

**If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):**

ရောဂါပိုးကို တိုက်ထုတ်ရန် ပဋိဇီဝဆေးများ သို့မဟုတ် အခြားဆေးဝါးများ ကျွန်ုပ် ရလိုပါသည်။ / I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

ရောဂါပိုးကို တိုက်ထုတ်ရန် ပဋိဇီဝဆေးများ သို့မဟုတ် အခြားဆေးဝါးများ ကျွန်ုပ် မရလိုပါ။ / I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

မည်သည့်အခြေအနေတွင်မဆို CPR၊ အသက်ရှူစက်များ၊ အစာသွင်းပြွန်များ နှင့် ပဋိဇီဝဆေးများ အလိုမရှိပါဟု သင်ဖော်ပြခဲ့ပါက အထူးသဖြင့်အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် သင် အလိုမရှိသည့် ကုသမှုများကို မရရှိစေရအောင် DNR/COLST အမိန့်စာ ရေးပေးနိုင်သည့် သင့်ဆရာဝန်နှင့် ဆွေးနွေးပါ။ DNR/COLST အမိန့်စာကို ဆေးရုံပြင်ပတွင်လည်း အသိအမှတ်ပြုလိုက်နာပါမည်။

If you have stated you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

ကျွန်ုပ်ဖြည့်စွက်လိုသည့် ကုသမှုကန့်သတ်ချက်များ - / Additional Limitations of Treatment I wish to include:

အပိုင်း လေး- ကိုယ်အင်္ဂါ/တစ်ရှူး၊ လှူဒါန်းခြင်းနှင့် မြုပ်နှံမှု/ ရုပ်ကလာပ်အကြွင်းအကျန် စွန့်ပစ်မှု  
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS

ကိုယ်အင်္ဂါ/တစ်ရှူး၊ လှူဒါန်းခြင်းအတွက် ကျွန်ုပ်၏ သဘောဆန္ဒများ (သင့် ရွေးချယ်မှုများကို အမှန်ဖြစ်ပါ) - / My wishes for organ & tissue donation (check your choices):

အောက်ပါ အစိတ်အပိုင်းများ နှင့် တစ်ရှူးများ လှူဒါန်းရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်-  
I consent to donate the following organs & tissues:

လိုအပ်သည့် မည်သည့် အစိတ်အပိုင်းမဆို  
Any needed organs

လိုအပ်သည့် မည်သည့် တစ်ရှူး( အရေပြား၊ အရိုး၊ မျက်ကြည်လွှာ)မဆို  
Any needed tissue (skin, bone, cornea)

အောက်ပါ အစိတ်အပိုင်းများ နှင့် တစ်ရှူးများ လှူဒါန်းရန် ကျွန်ုပ် သဘောမတူပါ-  
I do not wish to donate the following organs and tissues:

အစိတ်အပိုင်းများ နှင့် တစ်ရှူးကိုမျှ လှူဒါန်းရန် ဆန္ဒမရှိပါ။  
I do not want to donate any organs or tissues

ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအေးဂျင့်ကို ဆုံးဖြတ်စေလိုပါသည်။  
I want my health care agent to decide

သုတေသန သို့မဟုတ် ပညာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် ပရိုဂရမ်(များ) သို့ ကျွန်ုပ်၏ ခန္ဓာကို လှူဒါန်းရန် ဆန္ဒရှိပါသည်။ (မှတ်ချက်-ဆေးကျောင်းသို့မဟုတ် အခြားပရိုဂရမ်နှင့် မိမိ  
ဘာသာ ကြိုတင်စီစဉ်ထားရပါမည်။) / I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)

ကျွန်ုပ်သေဆုံးပြီးနောက် ရုပ်ကလာပ်အကြွင်းအကျန် မြုပ်နှံမှု/ စွန့်ပစ်မှု အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ညွှန်ကြားချက်များ (အမှန်ဖြစ်ပြီး ဖြည့်စွက်ပါ)-  
My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):

ဈာပနအစီအစဉ်အတွက် ကျွန်ုပ်တွင် ကြိုတင်စာချုပ်ရှိပါသည်-  
I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

အမည်  
NAME  
လိပ်စာ  
ADDRESS  
ဖုန်း  
PHONE

ရုပ်ကလာပ်အကြွင်းအကျန် မြုပ်နှံမှု/ စွန့်ပစ်မှု နှင့်ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ်များကို ဆုံးဖြတ်စေလိုသည်(သင့် ရွေးချယ်မှုများကို အမှန်ဖြစ်ပါ)-  
I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

အေးဂျင့်  
Agent  
အခြား အေးဂျင့်အမည်  
Alternate Agent  
မိသားစု-  
Family:

အမည်  
NAME  
လိပ်စာ  
ADDRESS  
ဖုန်း  
PHONE

အခြား -  
Other:

အမည်  
NAME  
လိပ်စာ  
ADDRESS  
ဖုန်း  
PHONE

သီးသန့် ဆန္ဒများ (သင့် ရွေးချယ်မှုများကို အမှန်ဖြစ်ပါ) - / Specific Wishes (check your choices):

အသုဘအိပ်ဖန်စောင့်ပွဲ/အသုဘရှုပွဲ လုပ်ရန်ဆန္ဒရှိပါသည်။  
I want a Wake/Viewing

မြေသင်္ဂြိုဟ်မှုကို ပိုလိုလားသည် - ဖြစ်နိုင်လျှင် အောက်ပါတည်နေရာ၌-(သုသာန်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ်)  
I prefer a Burial - If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

မီးသင်္ဂြိုဟ်မှုကို ပိုလိုလားသည် - ကျွန်ုပ်၏ အရိုးပြာကို အောက်ပါအတိုင်း ထိန်းသိမ်း သို့မဟုတ် ကျွဲပါ-  
I prefer Cremation - With my ashes kept or scattered as follows:

ဈာပနအခမ်းအနားပြီးနောက် မြေသင်္ဂြိုဟ်မှု သို့မဟုတ် မီးသင်္ဂြိုဟ်မှုဆက်လက်ဆောင်ရွက်လိုပါသည်။  
I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

သုသာန်ဘေးဈာပနကိုသာ ပိုနှစ်သက်ပါသည်။  
I prefer only a Graveside Ceremony

မြေသင်္ဂြိုဟ်မှု သို့မဟုတ် မီးသင်္ဂြိုဟ်မှုပြီးမှ လုပ်ရသည့် အမှတ်တရအခမ်းအနားကိုသာ ပိုနှစ်သက်ပါသည်။  
I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

အခြားအသေးစိတ်အချက်များ-(ဥပမာ၊ တေးဂီတ၊ စာဖတ်ခြင်းများ၊ သဘာပတိ)  
Other Details: (such as music, readings, Officiant)

အပိုင်း ငါး- ဆန္ဒများအား လက်မှတ်ထိုးထားသော ကြေညာချက်  
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES

သင်သည် ဤစာအား အရွယ်ရောက်ပြီးသူ သက်သေခံစဉ်းရှေ့တွင် လက်မှတ်ထိုးရမည်။ အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်များ သက်သေအဖြစ် လက်မှတ် မထိုးနိုင်ပါ။  
သင်၏ အေးဂျင့်(များ)၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘများ၊ မွေးချင်း၊ သားသမီးများ သို့မဟုတ် မြေးများ။

You must sign this before 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 လက်မှတ်ထိုးခြင်း ဖြစ်ကြောင်း 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 2 (PRINT NAME)

လက်မှတ်

SIGNATURE

နေ့စွဲ

DATE

ဤစာရွက်စာတမ်းကို လက်မှတ်ထိုးသော ပုဂ္ဂိုလ်သည် ဆေးရုံ တက်နေရပါက သို့မဟုတ် လက်ရှိလူနာ ဖြစ်နေပါက ၎င်းတို့သည် ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ သဘောသဘာဝ နှင့် အကျိုးသက်ရောက်မှုကို ရှင်းပြခဲ့ပြီး လူနာက နားလည်သဘောပေါက်ရန်နှင့် လက်မှတ်ထိုးသော အချိန်၌ အနိုင်အထက်အပြုခြင်း သို့မဟုတ် ပိုလွန်သည့် လွှမ်းမိုးမှု မရှိကြောင်း အောက်ပါတစ်ခုကို လက်မှတ်ထိုး၍ အတည်ပြုရမည်။ သတ်မှတ်ထားသည့် ဆေးရုံရှင်းပြသူ၊ အမှုစစ်ဝန်ထမ်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေး လူနာကိုယ်စားလှယ်၊ အသိအမှတ်ပြု ခရစ်ယာန် ဘုန်းတော်ကြီးဝင်၊ Vermont 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 နေထိုင်သူဖြစ် ပါက ၎င်းတို့သည် ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၏ သဘောသဘာဝနှင့် အကျိုးသက်ရောက်မှုကို ရှင်းပြခဲ့ပြီး လူနာက နားလည်သဘောပေါက်ရန်နှင့် လက်မှတ်ထိုးသော အချိန်၌ အနိုင်အထက်အပြုခြင်း သို့မဟုတ် ပိုလွန်သည့် လွှမ်းမိုးမှု မရှိကြောင်း အောက်ပါတစ်ခုကို လက်မှတ်ထိုး၍ အတည်ပြုရမည်။ အမှုစစ်ဝန်ထမ်း၊ အသိအမှတ်ပြု ခရစ်ယာန်ဘုန်း တော်ကြီးဝင်၊ Vermont ရှေ့နေ၊ အတည်ပြုတရားရုံး သတ်မှတ်ခံရသူ၊ သတ်မှတ်ထားသည့် ဆေးရုံရှင်းပြသူ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး လူနာကိုယ်စားလှယ်၊ အထောက်အပံ့က ခန့်အပ်ပ ထားသည့် 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 သက်သေခံစဉ်းတွင် တစ်ဦးအဖြစ်လည်း ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။

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

အမည်

NAME

ခေါင်းစီး/ရာထူး

TITLE/POSITION

လိပ်စာ

ADDRESS

ဖုန်း  
PHONE

လက်မှတ်

SIGNATURE

နေ့စွဲ

DATE

ကြိုတင် ညွှန်ကြားချက်၊ စာမျက်နှာ 6  
အမည်  
NAME

မွေးသက္ကရာဇ်  
DOB

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	မှတ်ပုံတင်သည့် နေ့စွဲ - Date registered:
ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအေးဂျင့် Health care agent	
အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအေးဂျင့် Alternate health care agent	
ဆရာဝန်/ပံ့ပိုးပေးသူ(များ) - Doctor/Provider(s):	
ဆေးရုံ(များ) - Hospital(s):	
မိသားစုဝင်(များ) - ကျေးဇူးပြု၍ စာရင်းပေးပါ။ - Family Member(s): Please list:	

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အခြား -  
Other:

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS

အမည်  
NAME

လိပ်စာ  
ADDRESS



**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](mailto: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: ( )

သတ်ပြုချက် - 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 အနိုင်ထက်ပြုမူခြင်း၊ 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 - နေ့စွဲ -  
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 အမှန်ခြစ်ပါ။  
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 - နေ့စွဲ -  
Signature of Registrant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### မှတ်ပုံတင်ခြင်း မူဝါဒ / Registration Policy

ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ဆိုသည်မှာ လူတစ်ဦးသည် ၎င်း၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကုသရေးနှင့် ဘဝ ရွေးချယ်မှုများ၏ အဆုံးသတ်မှုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ မစွမ်းဆောင်နိုင်ပါက သို့မဟုတ် အဆီပါဆိုးဖြစ်ချက်များကို မချခိုင်ပါက 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၊ စာပန်ဒါရိုက်တာများနှင့် မီးသတ်ဖြတ် 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၍ ပေးပို့ရမည်။

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 ခွဲခြားရွေးထုတ်သော အချက်အလက်များနှင့်အတူ ဒေတာဘေ့စ်တွင် သိမ်းဆည်းထားပါမည်။ မှတ်ပုံတင်နံပါတ်၊ မှတ်ပုံတင်ဌာန ဝဘ်ဆိုက်၌ စာရွက်စာတမ်းများထံ ဝင်ရောက်ရန် မှတ်ပုံတင်နံပါတ် အသုံးပြုခြင်းအတွက် လမ်းညွှန်ချက်များ၊ ပုံကိတ်ဆံအိတ်ကတ်ပြားနှင့် ယာဉ်မောင်းလိုင်စင် သို့မဟုတ် အာမခံကတ်ပြားကို ကပ်ရန် စတင်ကာများနှင့်အတူ 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 ဝင်ရောက်သင့်သည့် မည်သူနှင့်မဆို ပုံကိတ်ဆံအိတ်ကတ်ပြားမှ မှတ်ပုံတင်နံပါတ်ကို မှတ်ပုံတင်သူများက မျှဝေသင့်ပါသည်။ ဥပမာ- မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကိုယ်စားလှယ်၊ မိသားစုဝင်များ သို့မဟုတ် ဆရာဝန် မှတ်ပုံတင်နံပါတ် အသုံးပြု၍ လူတစ်ဦး၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို မည်သူမဆို ဝင်ရောက်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် မှတ်ပုံတင်နံပါတ်သည် အလွယ်တကူ မရရှိနိုင်သည့်အခါ လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ထားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးပေးသူက မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ခွဲခြားရွေးထုတ်သော 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၏ စာတံပုံမိတ္တူဖြစ်ပါက 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၍ အကျိုးသက်ရောက်နေပါမည်။ သဘောတူညီချက် အဆုံးသတ်သည့်အခါ မှတ်ပုံတင်ဌာနက မှတ်ပုံတင် ဒေတာဘေ့စ်မှ မှတ်ပုံတင်သူ၏ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို ဖယ်ရှားပစ်မည်ဖြစ်ပြီး ပိုင်သည် 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.