

# نوبت ملاقات نماینده مراقبت‌های سلامت

پیش رهنمون ورمونت برای تصمیمات مراقبت سلامت

## Appointment of a Health Care Agent

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions



### FARSI

تاریخ  
DATE

تاریخ تولد  
DATE OF BIRTH

نام شما  
YOUR NAME

کد پستی  
ZIP

ایالت  
STATE

آدرس  
ADDRESS

شهر  
CITY

**نماینده مراقبت‌های سلامت** می‌تواند در مواردی که امکان یا تمایلی برای تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت‌های سلامت خود ندارید، برای شما تصمیم‌گیری کند. لازم است شخصی را انتخاب نمایید که مورد اعتمادتان باشد و خواسته‌های شما را درک نموده و با پذیرش مسئولیت به عنوان نماینده شما موافق باشد. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما نمی‌تواند نماینده شما باشد، مگر اینکه یکی از بستگان شما باشد. نماینده شما نمی‌تواند مالک، اپراتور، کارمند یا پیمانکار یک مرکز مراقبت دارای قابلیت اسکان، مرکز مراقبت‌های بهداشتی یا مرکز اصلاحی که در زمان تکمیل پیش رهنمون شما در آن ساکن هستید، باشد.

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.

من شخص زیر را منصوب می‌کنم که نماینده من باشد:

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

ایمیل  
EMAIL

نام نماینده  
AGENT NAME

آدرس  
ADDRESS

تلفن همراه  
CELL PHONE

تلفن منزل  
WORK PHONE

تلفن منزل  
HOME PHONE

(اگر نمایندگان همکار را منصوب می‌کنید، اسامی آنها را در یک برگه جداگانه فهرست کنید)

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

اگر این نماینده در دسترس نباشد، نخواهد یا نتواند به عنوان نماینده من عمل کند، من این شخص را به عنوان **نماینده جایگزین** خود منصوب می‌کنم:

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

ایمیل  
EMAIL

نام نماینده جایگزین  
ALTERNATE AGENT NAME

آدرس  
ADDRESS

تلفن همراه  
CELL PHONE

تلفن منزل  
WORK PHONE

تلفن منزل  
HOME PHONE

افراد دیگری که ممکن است از طرف من درباره تصمیمات پزشکی با آنها مشورت شود عبارتند از:

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

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (پزشک، دستیار پزشک یا پزشک پرستار):

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

تلفن  
PHONE

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

تلفن  
PHONE

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

افرادی که نباید با آنها مشورت کنیم عبارتند از:

Those who should NOT be consulted include:

## نظرات عمومی درباره اهداف مراقبت سلامت من:

General Comments About My Health Care Goals:

**SIGNED DECLARATION OF WISHES / بیانیه خواسته‌های امضا شده**

شما باید این را در مقابل دو شاهد بالغ امضا کنید. افراد زیر نمی‌توانند به عنوان شاهد امضا کنند:

نماینده(ها)ی شما، همسر، والدین، خواهر و برادر، فرزندان یا نوه‌های شما.

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.

من اعلام می‌کنم که این سند بازتاب دهنده خواسته‌های مراقبت‌های بهداشتی من است و به میل خودم این پیش رهنمون را امضا می‌کنم.

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

تاریخ  
DATEامضا شده  
SIGNEDمن تأیید می‌کنم که به نظر می‌رسد امضاکننده ماهیت این پیش رهنمون را درک کرده و در زمان امضای این رهنمون تحت اجبار یا نفوذ نامناسب نبوده است. (لطفاً امضا کنید و پرینت بگیرید)  
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)شاهد اول (نام با حروف بزرگ)  
WITNESS 1 (PRINT NAME)تاریخ  
DATEامضا  
SIGNATUREشاهد دوم (نام با حروف بزرگ)  
WITNESS 2 (PRINT NAME)التاریخ  
DATEامضا  
SIGNATURE

اگر شخصی که این سند را امضا می‌کند در حال پذیرش شدن در بیمارستان است یا هم اکنون در بیمارستان است، یکی از موارد زیر باید امضا شود و تأیید شود که ماهیت و تأثیر پیش رهنمون را توضیح داده‌اند و به نظر می‌رسد که بیمار درک می‌کند و تحت فشار یا تأثیر نامناسب در زمان امضا نبوده است: توضیح دهنده تعیین شده بیمارستان، بازرس، نماینده بیماران سلامت روان، عضو شناخته شده جامعه کشیشان، وکیل ورمونت، یا فرد منصوب شده دادگاه انحصار وراثت.

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.*

اگر شخصی که این سند را امضا می‌کند در حال پذیرش شدن در یک خانه سالمندان یا بستری در مرکز مراقبت اقامتی است، یکی از موارد زیر باید امضا شود و تأیید شود که ماهیت و تأثیر پیش رهنمون را توضیح داده‌اند و به نظر می‌رسد که بیمار درک می‌کند و تحت فشار یا تأثیر نامناسب در زمان امضا نبوده است: یک بازرس، عضو شناخته شده جامعه کشیشان، وکیل ورمونت، فرد منصوب شده دادگاه انحصار وراثت، توضیح دهنده تعیین شده بیمارستان، نماینده بیماران سلامت روان، پزشکی که در مرکز استخدام نباشد، یا یک داوطلب آموزش دیده مناسب در خانه سالمندان/مرکز مراقبت‌های دارای قابلیت اسکان.

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.*

توضیح دهنده همانطور که در بالا ذکر شد ممکن است به عنوان یکی از دو شاهد مورد نیاز نیز عمل کند.

**The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.**نام  
NAMEتلفن  
PHONEنام عنوان/موقعیت آدرس  
TITLE/POSITIONآدرس  
ADDRESSتاریخ  
DATEامضا  
SIGNATURE

موارد زیر دارای یک کپی از پیش رهنمون من هستند (لطفاً بررسی کنید):

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

تاریخ ثبت نام:  
DATE REGISTEREDنماینده مراقبت سلامت جایگزین  
Alternate health care agentرجیستری پیش رهنمون ورمونت:  
Vermont Advance Directive Registryنماینده مراقبت‌های بهداشتی  
Health care agentپزشک/ارائه دهنده(ها):  
Doctor/Provider(s)بیمارستان(ها):  
Hospital(s)عضو (اعضا) خانواده:  
Family Member(s)

**رجیستری پیش رهنمون ورمونت**  
**توافقنامه ثبت نام و فرم مجوز برای اعمال تغییرات**  
(اسناد A و B بر اساس قانون پیش رهنمون ورمونت)

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

**Directions / رهنمون ها**

- خط مشی ثبت نام را در صفحه 3 بخوانید و بخش های مربوطه را در زیر تکمیل کنید. لطفاً واضح تایپ یا چاپ کنید.  
1. Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
  - First-time Registrants:** Complete the Required Registrant Information & Document A.  
ثبت نام کنندگان برای اولین بار: لطفاً اطلاعات مورد نیاز ثبت نام و سند A را تکمیل کنید.
  - Updating an Advance Directive already on file:** Complete the Required Registrant Information & Document B.  
به روزرسانی یک پیش رهنمون که از قبل در پرونده وجود دارد: لطفاً اطلاعات مورد نیاز ثبت نام و سند B را تکمیل کنید.
- یک نسخه امضا شده در حضور شاهد از پیش رهنمون خود ضمیمه کنید.  
2. Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- ثبت نام باید شامل یک فرم توافقنامه ثبت نام یا مجوز تغییر فرم و یک کپی امضا شده در حضور شاهد از سند پیش رهنمون باشد.  
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.
- پس از تکمیل و امضای فرم ها، فرم ها را از طریق ایمیل، پست یا فکس ارسال کنید:  
4. Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

[VADRSubmissions@uslwr.com](mailto:VADRSubmissions@uslwr.com)

ایمیل به:  
E-mail to:

Vermont Advance Directive Registry (VADR)

یا ایمیل به:  
Or Mail to:

PO Box 2789

Westfield, NJ 2789-07091

908-654-1919

یا ارسال فکس به:  
Or Fax to:

برای اطلاعات بیشتر از این سایت بازدید کنید: <http://healthvermont.gov/vadr/> یا با این شماره تماس بگیرید: ۹۴۵۵-۵۴۸-۸۸۸-۱

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

**Required Registrant Information / اطلاعات مورد نیاز ثبت نام کننده**

نام کوچک First Name	نام میانی Middle	نام خانوادگی Last	پسونند Suffix
_____			
تاریخ تولد: Date of Birth			
____/____/____			
آدرس پستی اصلی: Primary Mailing Address			
_____			
شهرستان/شهر: Town/City			
_____			
شماره تلفن: Phone Number			
____-____-____			
آیا مایلید از طریق ایمیل با شما تماس گرفته شود؟ Would you like to be contacted by e-mail?			
اصلی: _____ سایر: _____ بله Yes      خیر No			
آدرس ایمیل: Email Address			
_____			
آدرس پستی ثانویه (در صورتی که در مورد شما صدق می کند): Secondary Mailing Address (if applicable):			
_____			
شهرستان/شهر: Town/City			
_____			
کد پستی: Zip code			
_____			

**Emergency Contacts / مخاطبان در مواقع اضطراری**

نام اصلی: Name Primary	_____
نسبت یا ثبت نام کننده: Relationship to Registrant	_____
شماره تلفن: Phone Number	____-____-____
نام ثانویه: Name Secondary	_____
نسبت یا ثبت نام کننده: Relationship to Registrant	_____
شماره تلفن: Phone Number	____-____-____

توجه: همه موارد ارسالی به دفتر ثبت باید شامل یک نسخه امضا شده در حضور شاهد از پیش رهنمون ثبت نام شونده باشد. این امر هم در مورد ارسالی برای اولین بار و هم برای به روزرسانی اسناد موجود اعمال می شود.

**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.**

**سند A: توافقنامه ثبت نام**  
**Document A: Registration Agreement**

این بخش را فقط در صورتی تکمیل کنید که این اولین بار است که پیش رهنمون خود را ثبت می کنید.  
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

اینجانب، \_\_\_\_\_ (نام با حروف بزرگ) درخواست می کنم که پیش رهنمون من در رجیستری پیش رهنمون ورمونت ثبت شود و اجازه دسترسی به آن را به نحوی که توسط قانون ورمونت مجاز شمرده می شود، می دهم. با امضا کردن در ذیل، تصدیق و تأیید می کنم که: اطلاعات ارائه شده دقیق است؛ من شرایط خط مشی ثبت رجیستری را خوانده ام، درک کرده ام و با آن موافقم؛ من از شماره شناسایی ثبت نام و کارت کیف پول خود در برابر دسترسی غیرمجاز محافظت می کنم؛ و من فوراً تغییرات مربوط به اطلاعات ثبت نام یا پیش رهنمون خود را به صورت کتبی به اداره ثبت اطلاع خواهم داد. من این قرارداد را داوطلبانه و بدون اجبار، فشار، یا تأثیر نامناسب از طرف هیچ شخصی اجرا می کنم. من می دانم که هر کسی که به کارت کیف پول من دسترسی دارد می تواند از آن برای دسترسی به اسناد و اطلاعات شخصی من استفاده کند. این مجوز تا زمانی که آن را لغو نکنم به قوت خود باقی است.

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.

تاریخ:  
Date:

امضای ثبت نام کننده:  
Signature of Registrant:

**سند B: مجوز برای اعمال تغییرات**  
**Document B: Authorization to Change**

تنها در صورتی تکمیل کنید که در حال حاضر ثبت نام کرده باشید و پیش رهنمونی را که از قبل در رجیستری موجود است، به روزرسانی می کنید.  
Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

هر کادری از ذیل را که در مورد ارسال شما مصداق دارد، علامت بزنید.

Check the box below that applies to your submission.

اصلاح: برای اصلاح پیش رهنمون خود، این کادر را علامت بزنید. سابقه سند قبلی در پرونده شما حفظ خواهد شد.

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

جایگزینی: برای جایگزینی پیش رهنمون خود، این کادر را علامت بزنید. سابقه سند قبلی در پرونده شما حفظ نخواهد شد.

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

تعليق کردن: برای اینکه بتوانید به طور موقت تمام یا بخشی از پیش رهنمون خود را برای مدت زمان مشخصی غیرفعال کنید، این کادر را علامت بزنید.

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

تاریخ پایان:

تاریخ شروع:

End Date:

Begin Date:

لغو: این کادر را علامت بزنید تا پیش رهنمون خود را از رجیستری حذف کنید. (این یک حذف دائمی از رجیستری است)

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

اینجانب، \_\_\_\_\_ (نام با حروف خوانا) گواهی می دهم که این فرم دقیقاً نشان دهنده تغییراتی است که انجام داده ام، و این تغییرات دقیق هستند. بعلاوه، من اجازه می دهم تغییرات در رجیستری پیش رهنمون منعکس شود.

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.

تاریخ:  
Date:

امضای ثبت نام کننده:  
Signature of Registrant:

## Registration Policy / خط مشی ثبت نام

پیش رهنمون یک سند قانونی است که خواسته‌های افراد را در مورد درمان و مراقبت‌های بهداشتی و انتخاب‌های پایان عمر در صورت ناتوان شدن یا عدم توانایی در اتخاذ این تصمیم‌ها بیان می‌کند. رجیستری پیش رهنمون ورمونت یک پایگاه داده است که به افراد اجازه می‌دهد تا به صورت الکترونیکی یک نسخه از سند پیش رهنمون خود را در یک پایگاه داده امن ذخیره کنند. این پایگاه داده ممکن است در صورت نیاز توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مجاز، مراکز مراقبت‌های بهداشتی، مراکز مراقبت‌های دارای قابلیت اسکان، مدیران مراسم خاکسپاری و اپراتورهای کوره‌های سوزاندن اجساد قابل دسترسی باشد. برای اطلاعات بیشتر از این سایت بازدید کنید: <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/>.

۱. برای ثبت پیش رهنمون، ثبت نام کننده باید فرم توافقنامه ثبت نام را به همراه یک کپی از سند پیش رهنمون تکمیل و ارسال کند:

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

۲. پس از دریافت توافقنامه ثبت نام و پیوست‌ها، رجیستری، پیش رهنمون را اسکن کرده و آن را به همراه اطلاعات شناسایی ثبت کننده از توافقنامه ثبت نام، در پایگاه داده ذخیره می‌کند. رجیستری، یک نامه تأییدیه به همراه یک شماره ثبت، دستورالعمل استفاده از شماره ثبت برای دسترسی به اسناد در وبسایت رجیستری، یک کارت کیف پول و برچسب‌هایی برای چسباندن به گواهینامه رانندگی یا کارت بیمه برای ثبت نام کننده ارسال می‌کند. ثبت نام تا زمانی که دریافت تأییدیه و مواد ثبت نام توسط ثبت نام کننده، انجام نشده است، اجرایی نیست.
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.
۳. ثبت نام کنندگان باید شماره ثبت را از کارت کیف پول با هر کسی که باید به پیش رهنمون‌های آنها دسترسی داشته باشد به اشتراک بگذارد: به عنوان مثال، نماینده ثبت نام کننده، اعضای خانواده یا پزشک. هر کسی می‌تواند با استفاده از شماره ثبت به پیش رهنمون یک شخص دسترسی پیدا کند. علاوه بر این، زمانی که شماره ثبت به راحتی در دسترس نباشد، یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مجاز می‌تواند با استفاده از اطلاعات شناسایی شخصی ثبت کننده، پیش رهنمون‌های یک شخص خاص را در رجیستری جستجو کند.
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.
۴. ثبت کننده مسئول اطمینان از این است که:
4. The registrant is responsible for ensuring that:
  - ا. پیش رهنمون به درستی مطابق با قوانین ایالت ورمونت اجرا شود.
  - ب. کپی پیش رهنمون در صورتی که فتوکپی اصل صحیح و خوانا باشد، به اداره ثبت ارسال می‌شود.
  - ج. اطلاعات مندرج در توافقنامه ثبت و اسناد پیش رهنمون دقیق و به روز است.
  - د. اداره ثبت در اسرع وقت از هرگونه تغییر در پیش رهنمون یا اطلاعات ثبت از طریق تکمیل و ارسال فرم مجوز تغییر به همراه تغییرات ضمیمه شده یا ترجیحاً ارسال یک نسخه به روز شده از پیش رهنمون به اداره ثبت، مطلع می‌شود.
  - د. 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.
  ۵. ثبت نام اولیه و همچنین تغییرات و به روزرسانی‌های بعدی در اطلاعات ثبت نام یا مدارک پیش رهنمون، رایگان است.
  5. Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.
  ۶. قرارداد ثبت تا زمانی که رجیستری، اطلاعات قابل اعتمادی مبنی بر فوت ثبت نام شونده دریافت نکند، یا ثبت نام شونده درخواست کتبی مبنی بر فسخ قرارداد ثبت را ندهد، به قوت خود باقی خواهد ماند. هنگامی که توافقنامه خاتمه رجیستری، اداره ثبت، پیش رهنمون ثبت نام شونده را از پایگاه داده رجیستری حذف می‌کند و پرونده دیگر برای ارائه‌دهندگان قابل دسترسی نخواهد بود.
  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.
  ۷. فقط رجیستری می‌تواند شرایط قرارداد ثبت نام را تغییر دهد.
  7. Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.