



स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको नियुक्ति

स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निर्णयहरूका लागि भर्मेन्टको अग्रिम निर्देशन

Appointment of a Health Care Agent

NEPALI

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

तपाईंको नाम

YOUR NAME

ठेगाना

ADDRESS

सहर

CITY

जन्म मिति

DATE OF BIRTH

मिति

DATE

राज्य

STATE

जिप

ZIP

तपाईंले आफ्ना लागि निर्णयहरू लिन नसकेको वा लिन नचाहेको खण्डमा तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले तपाईंका लागि स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निर्णयहरू लिन सक्नुहुन्छ। तपाईंले भरोसा गर्ने लायकको व्यक्ति छान्नुपर्दछ, जसले तपाईंका इच्छाहरू बुझ्दछ र तपाईंको एजेन्टका रूपमा काम गर्न सहमत हुन्छ। तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक तपाईंको नातेदार होइन भने, सो प्रदायक तपाईंको एजेन्ट बन्न सक्दैन। तपाईं आफ्नो अग्रिम निर्देशन पूरा हुँदासम्म बस्ने कुनै निवासीय स्याहार, स्वास्थ्य स्याहार वा सुधारामक सुविधास्थलको मालिक, सञ्चालक, कर्मचारी वा ठेकेदार तपाईंको एजेन्ट बन्न सक्दैनन्।

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.

म यो व्यक्तिलाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टका रूपमा नियुक्त गर्छु:

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

एजेन्टको नाम

AGENT NAME

इमेल

EMAIL

ठेगाना

ADDRESS

घरको फोन नम्बर

HOME PHONE

कार्यालयको फोन नम्बर

WORK PHONE

सेल फोन नम्बर

CELL PHONE

(तपाईं सह-एजेन्टहरूलाई नियुक्त गर्नुहुन्छ भने, उनीहरूलाई कागजको छुट्टै पानामा सूचीबद्ध गर्नुहोस्)

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

यदि यो एजेन्ट उपलब्ध हुनुहुन्न, अनिच्छुक हुनुहुन्छ वा मेरो एजेन्टका रूपमा कार्य गर्न सक्नुहुन्न भने, म यो व्यक्तिलाई मेरो वैकल्पिक एजेन्टका रूपमा नियुक्त गर्छु:

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

वैकल्पिक एजेन्टको नाम

ALTERNATE AGENT NAME

इमेल

EMAIL

ठेगाना

ADDRESS

घरको फोन नम्बर

HOME PHONE

कार्यालयको फोन नम्बर

WORK PHONE

सेल फोन नम्बर

CELL PHONE

मेरो तर्फबाट चिकित्सासम्बन्धी निर्णयहरूबारे परामर्श लिन सक्ने अन्य व्यक्तिहरू यसप्रकार छन्:

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

प्राथमिक स्याहार प्रदायक (चिकित्सक, चिकित्सक सहायक वा नर्स पेशेवर):

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

नाम

NAME

फोन नम्बर

PHONE

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

फोन नम्बर

PHONE

ठेगाना

ADDRESS

परामर्श लिन नहुने व्यक्तिहरू यसप्रकार छन्:

Those who should NOT be consulted include:

नाम
NAME

जन्म मिति
DOB

मिति
DATE

मेरा स्वास्थ्य स्याहार लक्ष्यहरूबारे सामान्य टिप्पणीहरू:

General Comments About My Health Care Goals:

हस्ताक्षरित इच्छापत्र / SIGNED DECLARATION OF WISHES

तपाईंले दुई जना युवा साक्षी राखेर यसमा हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ। यी मानिसहरूले साक्षीका रूपमा हस्ताक्षर गर्न **सक्दैनन्**:
तपाईंको एजेन्ट(हरू), जीवनसाथी, आमाबुवा, सहोदर, बालबच्चा वा नातिनातिना।

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.

यो कागजातले मेरा स्वास्थ्य स्याहार इच्छाहरूलाई दर्शाउँछ र म स्वेच्छाले यो अग्रिम निर्देशनमा हस्ताक्षर गर्दै छु भनी घोषणा गर्छु।

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

हस्ताक्षर गरिएको

SIGNED

मिति

DATE

हस्ताक्षरकर्ताले यस अग्रिम निर्देशनको प्रकृति बुझेको र यसमा हस्ताक्षर गर्दा निजलाई कुनै दबाव वा अनावश्यक प्रभाव नगरिएको कुरा म पुष्टि गर्छु। (कृपया हस्ताक्षर गर्नुहोस् र लेख्नुहोस्)

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)

साक्षी 1 (नाम लेख्नुहोस्)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

हस्ताक्षर

SIGNATURE

मिति

DATE

साक्षी 2 (नाम लेख्नुहोस्)

WITNESS 2 (PRINT NAME)

हस्ताक्षर

SIGNATURE

मिति

DATE

यदि यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई हाल बिरामीको रूपमा **अस्पतालमा** भर्ना गरिएको छ भने, निम्नमध्ये एक जनाले बिरामीलाई अग्रिम निर्देशनको प्रकृति र प्रभावबारे बुझाएको र बिरामीले सो कुरा बुझेको र हस्ताक्षर गर्दा बिरामीलाई कुनै दबाव वा अनावश्यक प्रभाव नगरिएको कुरा पुष्टि गरेर हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ: **अस्पतालको निर्दिष्ट व्याख्याकर्ता, लोकपाल, मानसिक स्वास्थ्य बिरामी प्रतिनिधि, क्लर्कको मान्यताप्राप्त सदस्य, भर्मन्ट वकील वा प्रोबेट कोर्ट डिजाइनी।**

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.*

यदि यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई **नर्सिङ होम वा निवासीय स्याहार सुविधास्थलमा** भर्ना गरिएको छ वा निज व्यक्ति निवासको रूपमा छ भने, निम्नमध्ये एक जनाले निजलाई अग्रिम निर्देशनको प्रकृति र प्रभावबारे बुझाएको र निजले सो कुरा बुझेको र हस्ताक्षर गर्दा निजलाई कुनै दबाव वा अनावश्यक प्रभाव नगरिएको कुरा पुष्टि गरेर हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ: **लोकपाल, क्लर्कको मान्यताप्राप्त सदस्य, भर्मन्ट वकील, प्रोबेट कोर्ट डिजाइनी, अस्पतालको निर्दिष्ट व्याख्याकर्ता, मानसिक स्वास्थ्य बिरामी प्रतिनिधि, सुविधास्थलमा काम नगर्ने चिकित्सक वा उपयुक्त रूपमा प्रशिक्षित नर्सिङ होम/निवासीय स्याहार सुविधास्थलको स्वयंसेवक।**

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.*

माथि उल्लिखित व्याख्याकर्ताले एक साक्षीको रूपमा पनि काम गर्न सक्छ।

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

नाम

NAME

शीर्षक/पद

TITLE/POSITION

फोन नम्बर

PHONE

ठेगाना

ADDRESS

हस्ताक्षर

SIGNATURE

मिति

DATE

निम्न व्यक्तिहरूसँग मेरो अग्रिम निर्देशनको एक प्रतिलिपि छ (कृपया चिन्ह लगाउनुहोस्):

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

भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्री

Vermont Advance Directive Registry

स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट

Health care agent

चिकित्सक/प्रदायक(हरू):

Doctor/Provider(s):

अस्पताल(हरू):

Hospital(s):

परिवार सदस्य(हरू):

Family Member(s):

दर्ता मिति:

DATE REGISTERED:

वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट

Alternate health care agent

भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्री दर्ता सम्झौता र परिवर्तन गर्ने अधिकार फाराम (भर्मन्ट अग्रिम निर्देशनको नियमअनुसार कागजात A र B)

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

निर्देशनहरू / Directions

- पृष्ठ 3 को दर्तासम्बन्धी नीति पढ्नुहोस् र तलका सम्बन्धित खण्डहरू पूरा गर्नुहोस्। कृपया स्पष्ट रूपमा लेख्नुहोस् वा प्रिन्ट गर्नुहोस्।
 Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
 - पहिलो पटक दर्ता गर्नेहरूका लागि:** दर्ताकर्ताले भर्नु पर्ने आवश्यक जानकारी र कागजात A पूरा गर्नुहोस्।
First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.
 - पहिले नै दायर गरिएको अग्रिम निर्देशन अपडेट गर्नका लागि:** दर्ताकर्ताले भर्नु पर्ने आवश्यक जानकारी र कागजात B पूरा गर्नुहोस्।
Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.
- तपाईंले हस्ताक्षर गर्नुभएको र साक्षी राख्नुभएको अग्रिम निर्देशनको एक प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्।
 Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- दर्ता गर्दा पूरा गरेर हस्ताक्षर गरिएको दर्ता सम्झौता वा परिवर्तन गर्ने अधिकार फाराम र हस्ताक्षर गरिएको र साक्षी राखिएको अग्रिम निर्देशन कागजातको एक प्रतिलिपि समावेश गर्नुपर्छ।
 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.
- फारामहरू पूरा गरेर हस्ताक्षर गरिसकेपछि, ती फारामहरू इमेल, मेल वा फ्याक्स गरेर पठाउनुहोस्:
 Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

यसमा इमेल गर्नुहोस्: VADRSubmissions@uslwr.com

E-mail to:

वा यसमा मेल गर्नुहोस्: Vermont Advance Directive Registry (VADR)

Or Mail to:

PO Box 2789

Westfield, NJ 07091-2789

वा यसमा फ्याक्स गर्नुहोस्: 908-654-1919

Or Fax to:

थप जानकारीका लागि <http://healthvermont.gov/vadr/> मा हेर्नुहोस् वा 1-888-548-9455 मा कल गर्नुहोस्।

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

दर्ता गर्ने व्यक्तिले भर्नु पर्ने आवश्यक जानाकारी / Required Registrant Information

नाम: पहिलो _____ बीचको _____ थर _____ प्रत्यय _____
 Name: First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____

जन्म मिति: ____/____/_____
 Date of Birth: _____

प्राथमिक पत्राचार ठेगाना: _____
 Primary Mailing Address: _____

सहर: _____
 Town/City: _____

राज्य: _____
 State: _____

जिप कोड: _____
 Zip code: _____

फोन नम्बर: प्राथमिक (____) _____ - _____
 Phone Number: Primary (____) _____ - _____

अन्य: (____) _____
 Other: (____) _____

के तपाईं इमेलबाट जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ? _____
 Would you like to be contacted by e-mail? _____

चाहन्न
 No

चाहन्छ
 Yes

इमेल ठेगाना: _____
 Email Address: _____

अर्को पत्राचार ठेगाना (यदि छ भने): _____
 Secondary Mailing Address (if applicable): _____

सहर: _____
 Town/City: _____

राज्य: _____
 State: _____

जिप कोड: _____
 Zip code: _____

आपतकालीन सम्पर्कहरू / Emergency Contacts

प्राथमिक: नाम: _____
 Primary: Name: _____

दर्ताकर्तासँगको नाता: _____
 Relationship to Registrant: _____

फोन नम्बर: (____) _____ - _____
 Phone Number: (____) _____ - _____

अर्को: नाम: _____
 Secondary: Name: _____

दर्ताकर्तासँगको नाता: _____
 Relationship to Registrant: _____

फोन नम्बर: (____) _____ - _____
 Phone Number: (____) _____ - _____

सूचना: रजिस्ट्रीमा पेश गरिएका सबै कागजातमा दर्ताकर्ताको हस्ताक्षर गरिएको र साक्षी राखिएको अग्रिम निर्देशनको एक प्रतिलिपि समावेश हुनुपर्छ। यो नियम पहिलो पटक पेश गर्दा र विद्यमान कागजातहरू अद्यावधिक गर्दा लागू हुन्छ।

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.

कागजात A: दर्तासम्बन्धी सम्झौता

Document A: Registration Agreement

तपाईं पहिलो पटक आफ्नो अग्रिम निर्देशन दर्ता गर्दै हुनुहुन्छ भने **मात्र** यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्।

Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

म, _____ (नाम लेख्नुहोस्) मेरो अग्रिम निर्देशन Vermont Advance Directive Registry (भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्री) मा दर्ता गर्न अनुरोध गर्छु र भर्मन्ट कानूनअनुसार यसमा पहुँच गर्न अनुमति दिन्छु। तल हस्ताक्षर गरेर, म निम्न कुराहरू स्वीकार गरी पुष्टि गर्छु: मैले उपलब्ध गराएको जानकारी सही छु; मैले रजिस्ट्री दर्तासम्बन्धी नीतिका सर्तहरू पढेको, बुझेको र सहमति जनाएको छु; म मेरो दर्ताकर्ता पहिचान नम्बर र वॉलेट कार्डलाई अनाधिकृत पहुँचबाट सुरक्षित गर्ने छु; र मेरो दर्तासम्बन्धी जानकारी वा अग्रिम निर्देशनमा कुनै परिवर्तन भएको खण्डमा तुरुन्तै रजिस्ट्रीलाई लिखितमा सूचित गर्ने छु। म यो सम्झौता स्वेच्छाले र कुनै पनि पक्षबाट जबरजस्ती, दबाव वा अनुचित प्रभाव नभइकन कार्यान्वयन गर्दछु। मेरो वॉलेट कार्डमा पहुँच भएका जो कोहीले मेरा कागजातहरू र व्यक्तिगत जानकारीमा पहुँच प्राप्त गर्न यसको प्रयोग गर्न सक्छन् भन्ने म बुझ्दछु। यो अनुमति मैले रद्द नगर्दासम्म प्रभावकारी रहन्छ।

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.

दर्ताकर्ताको हस्ताक्षर:

Signature of Registrant: _____

मिति:

Date: _____

कागजात B: परिवर्तन गर्ने अधिकार

Document B: Authorization to Change

तपाईंले हाल दर्ता गरिसक्नुभएको छ र रजिस्ट्रीमा पहिले नै दर्ता भएको अग्रिम निर्देशनमा अद्यावधिकहरू गर्दै हुनुहुन्छ भने **मात्र** पूरा गर्नुहोस्।

Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

तल तपाईंले पेश गर्नुभएको कागजातमा लागू हुने बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

Check the box below that applies to your submission.

सच्याउनुहोस्: तपाईंको विद्यमान अग्रिम निर्देशनमा सच्याउन यो बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्। अधिल्लो कागजात इतिहास तपाईंको फाइलमा राखिने छ।
Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

प्रतिस्थापन गर्नुहोस्: तपाईंको विद्यमान अग्रिम निर्देशनमा प्रतिस्थापन गर्न यो बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्। अधिल्लो कागजात इतिहास तपाईंको फाइलमा राखिने छैन।
Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

हटाउनुहोस्: निश्चित अवधिसम्म तपाईंको अग्रिम निर्देशनको सबै वा केही भाग अस्थायी रूपमा निष्क्रिय गर्नका लागि यो बाकसमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्।
Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

सुरु हुने मिति:

Begin Date: _____

अन्त्य हुने मिति:

End Date: _____

रद्द गर्नुहोस्: तपाईंको विद्यमान अग्रिम निर्देशन मेटाउन यो बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्। (यसो गर्नुभयो भने रजिस्ट्रीबाट स्थायी रूपमा मेटाइन्छ)

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

म, _____ (नाम लेख्नुहोस्) आफूले गरेका परिवर्तनहरूलाई यस फाराममा सही तरिकाले प्रस्तुत गरिएको छ र यी परिवर्तनहरू सही छन् भनी प्रमाणित गर्दछु। साथै, म ती परिवर्तनहरूलाई अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्रीमा दर्शाउन अधिकार दिन्छु।

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.

दर्ताकर्ताको हस्ताक्षर:

Signature of Registrant: _____

मिति:

Date: _____

दत्तासम्बन्धी नीति / Registration Policy

अग्रिम निर्देशन भनेको एउटा कानुनी कागजात हो जसले व्यक्ति विवश भएमा वा अन्यथा ती निर्णयहरू लिन नसकेमा तिनका स्वास्थ्य स्याहार उपचारसम्बन्धी चाहनाहरू र मृत्युसम्बन्धी रोजाइहरू सुम्पिन्छ। भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्री भनेको एउटा डाटाबेस हो जसले मानिसलाई सुरक्षित डाटाबेसमा आफ्नो अग्रिम निर्देशन कागजातको प्रतिलिपि विद्युतीय रूपमा भण्डार गर्न दिन्छ। आवश्यक पर्दाको समयमा आधिकारिक स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक, स्वास्थ्य स्याहार सुविधास्थल, निवासीय स्याहार सुविधास्थल, अन्त्येष्टि निर्देशक र दाहसंस्कार सञ्चालकहरूले त्यो डाटाबेस हेर्न पाउने छन्। थप जानकारीका लागि यहाँ हेर्नुहोस्: <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/>.

1. अग्रिम निर्देशन दर्ता गर्नका लागि, दर्ताकर्ताले अग्रिम निर्देशन कागजातको प्रतिलिपिसँगै दर्ता सम्झौता फाराम भरेर निम्न ठेगानामा पठाउनुपर्छ:
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. दर्ता सम्झौता र संलग्न कागजातहरू प्राप्त गरेपछि, रजिस्ट्रीले अग्रिम निर्देशन स्वयान गरेर दर्ता सम्झौताको दर्ताकर्तालाई पहिचान गर्ने जानकारीसँगै डाटाबेसमा भण्डार गर्ने छ। रजिस्ट्रीले दर्ताकर्तालाई दर्ता नम्बर, रजिस्ट्री वेबसाइटमा कागजातहरू पहुँच गर्न दर्ता नम्बर प्रयोग गर्ने निर्देशन, वॉलेट कार्ड र सवारी चालकको इजाजतपत्र वा बीमा कार्ड संयोजित गर्ने स्टिकरहरूसँगै प्रमाणीकरण पत्र पठाउने छ। प्रमाणीकरण पत्र प्राप्त नगर्दासम्म र दर्ताकर्ताले दर्ता सामग्रीहरू तयार नगर्दासम्म दर्ता प्रभावकारी हुँदैन।

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. दर्ताकर्ताहरूले आफ्ना अग्रिम निर्देशनहरूमा पहुँच हुनु पर्ने व्यक्तिहरूसँग वॉलेट कार्डको दर्ता नम्बर साझा गर्नुपर्छ: उदाहरणका लागि, दर्ताकर्ताको एजेन्ट, परिवार सदस्यहरू वा चिकित्सक। कसैले पनि दर्ता नम्बर प्रयोग गरेर व्यक्तिको अग्रिम निर्देशन पहुँच गर्न सक्छ। साथै, दर्ता नम्बर सजिलैसँग उपलब्ध नहुँदा, अधिकृत स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले दर्ताकर्ताको व्यक्तिगत पहिचान जानकारी प्रयोग गरेर विशिष्ट व्यक्तिको अग्रिम निर्देशनका लागि रजिस्ट्री खोज्न सक्नुहुन्छ।

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. दर्ताकर्ता निम्न कुरा सुनिश्चित गर्नका लागि जिम्मेवार हुनुहुन्छ:

The registrant is responsible for ensuring that:

- a. अग्रिम निर्देशन भर्मन्ट राज्यका कानूनहरूका अनुसार सही तरिकाले कार्यान्वयन गरिएको छ।
The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.
- b. फोटोकपी मौलिक, सही र पढ्नयोग्य छ भने अग्रिम निर्देशनको प्रतिलिपि रजिस्ट्रीलाई पठाइन्छ।
The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.
- c. दर्ता सम्झौता र अग्रिम निर्देशन दुवैका कागजातहरूमा रहेको जानकारी सही र नवीनतम छ।
The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.
- d. रजिस्ट्रीलाई संलग्न परिवर्तनहरू वा प्राथमिक रूपमा रजिस्ट्रीलाई अग्रिम निर्देशनको अद्यावधिक गरिएको प्रतिलिपिका साथ परिवर्तन गर्ने अधिकार फाराम पूरा गरी पेश गरेर अग्रिम निर्देशन वा दर्ता जानकारीबारे सकेसम्म चाँडो सूचित गराइन्छ।
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. प्रारम्भिक दर्ताका साथै अनुवर्ती परिवर्तन र दर्ता जानकारी वा अग्रिम निर्देशन कागजातमा भएका अद्यावधिकहरू नि:शुल्क छन्।
Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

6. रजिस्ट्रीले दर्ताकर्ताको मृत्यु भएको वा दर्ता सम्झौतामा लिखितमा भएका दर्ताकर्ताका अनुरोधहरू समाप्त भएको विश्वसनीय जानकारी प्राप्त नगर्दासम्म दर्ता सम्झौता प्रभावकारी रहने छ। सम्झौता समाप्त भएपछि, रजिस्ट्रीले दर्ताकर्ताको अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्री डाटाबेसबाट हटाउने छ र फाइल अब उपरान्त प्रदायकहरूलाई पहुँचयोग्य हुने छैन।

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. रजिस्ट्रीले मात्र दर्ता सम्झौताका सर्तहरू परिवर्तन गर्न सक्छ।

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