



भर्मन्ट स्वास्थ्य स्याहारको अग्रिम निर्देशन

भर्मन्ट इथिक्स नेटवर्कद्वारा तयार पारिएको

Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

NEPALI

वर्णन तथा निर्देशनहरू EXPLANATION & INSTRUCTIONS

- तपाईंसँग निम्न अधिकार छ: / You have the right to:
 1. तपाईंले आफ्नो लागि स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू लिन नसकेको बेला वा सक्नुहुन्न भने तपाईंको तर्फबाट त्यसो गर्न अन्य कसैको नाम दिने।
Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.
 2. तपाईं कस्तो प्रकारको स्वास्थ्य स्याहार चाहनुहुन्छ र कस्तो चाहनुहुन्न भन्ने बारेमा निर्देशनहरू दिने।
Give instructions about what types of health care you want or do not want.
- आफ्नो नजिकको मानिस र स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूसँग आफ्ना लक्ष्य, चाहना र उपचारका प्राथमिकताहरूबारे कुरा गर्न महत्त्वपूर्ण हुन्छ।
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.
- तपाईंले यो फाराम आफूले चाहे अनुसार पूरै वा केही भाग प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। उदाहरणका लागि, तपाईं भाग एकमा भएको एजेन्ट मात्र छनोट गर्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईं उक्त खण्ड भरेर उचित साक्षीहरूको उपस्थितिमा हस्ताक्षर गर्न भाग पाँचमा जान सक्नुहुन्छ।
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.
- तपाईंले पूर्ण रूपमा साक्षी राखेको खण्डमा अर्को फाराम प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। मानसिक स्वास्थ्य स्याहारको प्राथमिकतासम्बन्धी अझ उत्तम विकल्प र जानकारी उपलब्ध गराउने थप विस्तृत फारामहरू VEN को वेबसाइट www.vtethicsnetwork.org मा फेला पार्न सकिन्छ।
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.

यस फारामको **भाग एकमा** तपाईं आफ्ना निर्णयहरू लिन नसक्ने वा नचाहने हुनुभयो भने आफ्ना लागि स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू लिन आफ्नो “**एजेन्ट**” का रूपमा एक जना व्यक्तिको नाम लिन सक्नुहुन्छ। तपाईं वैकल्पिक एजेन्टहरूको नाम लिन पनि सक्नुहुन्छ। तपाईंले तपाईंको तर्फबाट कठिन निर्णयहरू लिन सहज मात्रै तपाईंले विश्वास गर्ने व्यक्ति छनोट गर्नुपर्छ। तपाईंका लागि निर्णय लिने कार्यमा तपाईंका मानहरू अनुसार उनीहरूलाई निर्देशन दिएर तपाईंको एजेन्टका रूपमा काम गर्न **सहमत हुनुपर्छ**। तपाईंले एजेन्टलाई नचिने पनि आफ्ना चिकित्सा प्राथमिकताहरू उल्लेख गरेर अग्रिम निर्देशन फाराम भर्न सक्नुहुन्छ। चिकित्सा प्रदायकहरूले आफूले सकेसम्म एजेन्टविना अग्रिम निर्देशनमा भएका तपाईंका निर्देशनहरू पालना गर्नु हुने छ तर तपाईंका लागि निर्णयहरू लिन आफ्नो एजेन्टका रूपमा व्यक्तिलाई निर्दिष्ट गर्नुभयो भने चिकित्सा प्रदायक र तपाईंको अग्रिम निर्देशनमा विस्तृत विवरण नदिइएका परिस्थितिहरूमा उक्त निर्णय लिन तपाईंको ख्याल गर्ने मानिसहरूलाई मद्दत मिल्ने छ। भर्मन्ट कानून अनुसार, तपाईंले निर्णय लिन नसकेको अवस्थामा नजिकको आफन्तले तपाईंको तर्फबाट आफै निर्णय लिनु हुने छैन। त्यसैले तपाईंले अग्रिम रूपमा कसैलाई नियुक्त गर्न ठीक हुन्छ।

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.

यस फारामको **भाग दुईमा** तपाईं **उपचारका लक्ष्य र चाहनाहरू** उल्लेख गर्न सक्नुहुन्छ। केही परिस्थितिहरूमा उपचार गराउने, नगराउने वा रोक्ने बारेमा तपाईंका चाहनाहरू व्यक्त गर्न तपाईंका लागि निर्णयहरू उपलब्ध गराइन्छ। तपाईंका मान, स्वास्थ्य अवस्था वा विश्वासहरूका आधारमा कुनै पनि थप वा विशेष चाहनाहरू लेख्न तपाईंका लागि खाली ठाउँ पनि उपलब्ध गराइन्छ।

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.

यस फारामको **भाग तीनमा** तपाईं **उपचारका सीमितताहरूबारे** आफ्ना चाहनाहरू व्यक्त गर्न सक्नुहुन्छ। यी उपचारहरूमा CPR, श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन, फिडिङ ट्युब र एन्टिबायोटिकहरू पर्दछन्। कुनै पनि थप चाहना लेख्न तपाईंको लागि खाली ठाउँ दिइएको छ। नोट: तपाईं CPR, श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन, फिडिङ ट्युब वा एन्टिबायोटिक चाहनुहुन्न भने, कृपया तपाईंले विशेषगरी आकस्मिक अवस्थामा आफूले नचाहेका उपचारहरू प्राप्त नगर्न सुनिश्चित गर्न यसबारे **DNR/COLST अर्डर** (जीवन दिगो बनाउने उपचारका लागि पुनरुत्थान/क्लिनिसियन अर्डर नगर्नुहोस्) पूरा गर्न सक्ने आफ्नो चिकित्सकसँग छलफल गर्नुहोस्। आकस्मिक चिकित्सा कर्मचारीले केही उपचारको सीमितता निर्दिष्ट गर्ने DNR/COLST अर्डर हस्ताक्षर नगर्दासम्म तपाईंलाई जीवन बचाउने उपचार उपलब्ध गराउनुपर्छ। DNR/COLST अर्डर छैन भने आकस्मिक चिकित्सा टोलीसँग अग्रिम निर्देशन, तपाईंको परिवार, एजेन्ट वा चिकित्सकसँग परामर्श गर्ने समय नहुने भएकाले उनीहरूले CPR दिने छन्।

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.

यस फारामको भाग चारमा तपाईं अङ्ग/तन्तु दान र अन्त्येष्टि, समाधि र अवशेषहरूको प्रबन्धका प्राथमिकताहरूसँग सम्बन्धित चाहनाहरू व्यक्त गर्न सक्नुहुन्छ।

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.

भाग पाँच हस्ताक्षरका लागि हो। तपाईंले दुई जना युवा साक्षी राखेर यसमा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नुपर्छ। निम्न व्यक्तिहरू साक्षी हुन सक्नुहुन्छ: तपाईंको एजेन्ट र वैकल्पिक एजेन्ट; तपाईंको जीवनसाथी वा साझेदार; आमाबुवा; सहोदर; बालबालिका वा नातिनातिना।

तपाईंले आफ्नो एजेन्ट र वैकल्पिक एजेन्ट(हरू), चिकित्सा, परिवारलाई र तपाईं बस्ने वा तपाईंले सम्भावित रूपमा स्याहार प्राप्त गर्ने कुनै पनि स्वास्थ्य स्याहार सुविधास्थलमा आफूले भरेको फारामका प्रतिलिपिहरू दिनुपर्छ। कृपया तपाईंको अग्रिम निर्देशनको प्रतिलिपि कोसँग छ भन्ने कुरा ख्याल राख्नुहोस् ताकि तपाईंका प्राथमिकताहरू परिवर्तन भएमा अपडेट गर्न सकियोस्।

तपाईंलाई भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्रीलाई यस कागजातको अन्त्यमा फेला पारिएको दर्ता सम्झौता फारामसँगै आफ्नो अग्रिम निर्देशनको एउटा प्रतिलिपि पठाउन पनि प्रोत्साहन गरिन्छ।

तपाईंसँग कुनै पनि समयमा यस स्वास्थ्य स्याहारको सबै वा केही अग्रिम निर्देशन खारेज गर्ने वा यस फारामलाई प्रतिस्थापन गर्ने अधिकार छ। तपाईंले यो खारेज गर्नुभयो भने, सबै पुराना प्रतिलिपिहरू नष्ट गरिनुपर्छ। तपाईंले भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्रीलाई परिवर्तनहरू गरेर आफ्नो मौलिक कागजातको प्रतिलिपि पठाउनुभएको छ भने, उनीहरूलाई नयाँ प्रतिलिपि वा तपाईंको अग्रिम निर्देशन अपडेट गर्न आवश्यक पर्ने जानकारीको साथमा परिवर्तन गर्ने सूचना फाराम पठाउन सुनिश्चित गर्नुहोस्।

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

तपाईंले आफ्नो एजेन्ट(हरू) वा नजिकका मानिसहरूसँग विभिन्न निर्णय र अवस्थाहरूका बारेमा विचार र छलफल गर्न तपाईंलाई मद्दत गर्ने *Taking Steps* (कदमहरू चाल्ने) पुस्तिका पढ्न चाहन सक्नुहुन्छ।

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.

Taking Steps (कदमहरू चाल्ने) पुस्तिकाका प्रतिलिपिहरू तल दिइएको ठेगानाबाट खरिद गर्न सकिन्छ:

Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

Vermont Ethics Network

61 Elm Street

Montpelier, VT 05602.

टेलिफोन (Tel) (802) 828-2909

फ्याक्स (Fax) (802) 828-2646

www.vtethicsnetwork.org

भर्मन्ट अग्रिम निर्देशन रजिस्ट्रीबारे जानकारीका लागि, यहाँ हेर्नुहोस्: / For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

VEN वेबसाइट: www.vtethicsnetwork.org
VEN website

वा / or

भर्मन्ट स्वास्थ्य विभागको रजिस्ट्री वेबसाइट:
Registry website at the Vermont Department of Health:

www.healthvermont.gov/vadr

भर्मन्ट स्वास्थ्य स्याहारको अग्रिम निर्देशन

Vermont Advance Directive for Health Care

तपाईंको नाम

YOUR NAME

ठेगाना

ADDRESS

सहर

CITY

जन्म मिति

DATE OF BIRTH

मिति

DATE

राज्य

STATE

जिप

ZIP

भाग एक: तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

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 सुधारात्मक 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

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

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

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

फोन नम्बर

PHONE

फोन नम्बर

PHONE

परामर्श लिन नहुने व्यक्तिहरू यसप्रकार छन्:

Those who should **NOT** be consulted include:

नाम
NAMEजन्म मिति
DOBमिति
DATE

म मेरो अग्रिम निर्देशन निम्न अवस्थामा सुरु गर्न चाहन्छु: / I want my Advance Directive to start:

आफना निर्णयहरू लिन नसक्दा
When I cannot make my own decisionsअहिले
Nowयस्तो हुँदा:
When this happens:**भाग दुई: स्वास्थ्य स्याहार लक्ष्यहरू तथा आध्यात्मिक चाहनाहरू**
PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

मेरो समग्र स्वास्थ्य स्याहारका लक्ष्यहरूमा यी कुराहरू पर्दछन्: / My overall health care goals include:

म कुनै पनि औषधिको
माध्यमबाट आफ्नो जीवन
सकेसम्म दिगो बनाउन चाहन्छु।
I want to have my life sustained as long as
possible by any medical means.मैले निम्न अवस्थामा मात्र मेरो जीवन दिगो बनाउने उपचार लिन
चाहन्छु: / I want treatment to sustain my life only if I will:साथी र परिवारसँग कुरा गर्न सक्ने।
be able to communicate with friends and family.
आफ्नो ख्याल राख्न सक्ने।
be able to care for myself.अशक्त बनाउने पीडा नभएको जीवन जिउने।
live without incapacitating pain.मेरो वातावरणबारे सचेत रहने।
be conscious and aware of my surroundings.म आफ्नो आराम अनुसारको
निर्देशित उपचार मात्र लिन
चाहन्छु।
I only want treatment directed toward
my comfort.

मैले व्यक्त गर्न चाहेको थप लक्ष्य, चाहना वा विश्वासहरूमा निम्न कुरा पर्दछन्:

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

मलाई जीवन जोखिममा पार्ने बيمारी छ भने सूचना दिने मानिसहरू:

People to notify if I have a life-threatening illness:

मेरो मृत्यु हुँदा छ भने म निम्न स्थानमा हुन महत्त्वपूर्ण हुन्छ (रोजाइमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्):

If I am dying it is important for me to be (check choice):

घरमा

At home

अस्पतालमा

In the hospital

अन्य:

Other:

प्राथमिकता छैन

No preference

मेरो आध्यात्मिक स्याहारका चाहनाहरूमा निम्न कुरा पर्दछन्:

My Spiritual Care Wishes include:

मेरो धर्म/आस्था:

My Religion/Faith:

पूजा गर्ने ठाउँ

PLACE OF WORSHIP

ठेगाना

ADDRESS

फोन नम्बर

PHONE

निम्न वस्तुहरू वा संगीत वा पढाइ मलाई सहज लाग्ने छ:

The following items or music or readings would be a comfort to me:

नाम
NAMEजन्म मिति
DOBमिति
DATE

भाग तीन: उपचारका सीमितताहरू PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT

तपाईं गम्भीर रूपमा बिरामी हुनुभयो वा मर्न लाग्दै हुनुहुन्छ भने तपाईं आफूलाई कस्तो प्रकारको उपचार चाहनुहुन्छ वा चाहनुहुन्न भन्ने कुरा तपाईं आफै निर्णय गर्न सक्नुहुन्छ। व्यक्त गरिएका उपचारका सीमाहरू जेसुकै भए तापनि तपाईंसँग आफ्नो दुखाइ र लक्षणहरू (वाकवाकी लाग्ने, थकाइ लाग्ने, श्वासको कमी हुने) व्यवस्थित गर्न अधिकार रहन्छ। उपचारका सीमाहरू व्यक्त गरिएको छैन भने चिकित्सा टोलीलाई तपाईंको जीवन बचाउनका लागि सम्भव भएका सबै उपचार गर्न आवश्यक हुन्छ र टोलीले त्यसो गर्ने अपेक्षा गरिन्छ।

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. मेरो धड्कन रोकियो भने (एउटा छनोट गर्नुहोस्): / If my heart stops (choose one):

मेरो धड्कन फेरि धड्किने बनाउन मलाई CPR दिइयोस् भन्ने चाहन्छु। / I DO want CPR done to try to restart my heart.

मेरो धड्कन फेरि धड्किने बनाउन मलाई CPR दिइयोस् भन्ने चाहन्न। / I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

CPR भनेको छातीमा बलियो कम्प्रेसन हुने, इलेक्ट्रिकल स्टिम्युलेसनको प्रयोग, मुटुलाई काम गर्ने बनाउने औषधिहरू र सास फेर्ने बनाउने (तपाईंको फोक्सोमा हावा पसाल्ने) लगायत कार्डियो (मुटु) पल्मनरी (फोक्सो) पुनरुत्थान हो।

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. मैले आफै सास फेर्न नसकेमा (एउटा छनोट गर्नुहोस्): / If I am unable to breathe on my own (choose one):

म कुनै पनि समय सीमाविना श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन लगाउन चाहन्छु।
I DO want a breathing machine without any time limit.

म बाँच्छु कि अझ निको हुन्छु कि भनी हेर्न छोटो समयका लागि श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन लगाउन चाहन्छु। / I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

म कुनै पनि समय श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन लगाउन चाहन्न।
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

“श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन” ले भेन्टिलेटर जस्ता तपाईंको फोक्सोमा मेकानिकल रूपमा हावा पसाल्ने र निकाल्ने यन्त्रलाई जनाउँछ।
“Breathing machine” refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.

3. मैले बाँच्नका लागि पर्याप्त खाना वा पानी निल्ल नसकेमा (एउटा छनोट गर्नुहोस्):

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

म कुनै पनि समय सीमाविना फिडिङ ट्युब लगाउन चाहन्छु।
I DO want a feeding tube without any time limits.

म बाँच्छु कि अझ निको हुन्छु कि भनी हेर्न छोटो समयका लागि फिडिङ ट्युब लगाउन चाहन्छु। / I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

म कुनै पनि समय फिडिङ ट्युब लगाउन चाहन्न।
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

नोट: तपाईंलाई अर्को राज्यमा उपचार गरिँदै छ भने तपाईंको एजेन्टसँग फिडिङ ट्युब लगाइदिने वा निकाल्ने अधिकार नहुन सक्छ। तपाईं फिडिङ ट्युबहरूबारे आफ्नो एजेन्टले निर्णय लियोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने कृपया तलको बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

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.

म मेरो एजेन्टलाई फिडिङ ट्युबहरूबारे निर्णयहरू लिने अधिकार दिन्छु।
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

4. म अन्ततः बिरामी भएमा वा निको हुन नसकेमा (एउटा छनोट गर्नुहोस्):

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

म संक्रमणसँग लड्न एन्टिबायोटिक वा अन्य औषधि लिन चाहन्छु।
I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

म संक्रमणसँग लड्न एन्टिबायोटिक वा अन्य औषधि लिन चाहन्न।
I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

तपाईंले कुनै पनि परिस्थितिमा CPR, श्वासप्रश्वास गर्ने मेसिन, फिडिङ ट्युब वा एन्टिबायोटिक चाहनुहुन्न भनी उल्लेख गर्नुभएको छ भने, कृपया तपाईंले विशेषगरी आकस्मिक अवस्थामा आफूले नचाहेका उपचारहरू प्राप्त नगरोस् भनी सुनिश्चित गर्न यसबारे DNR/COLST फाराम पूरा गर्न सक्ने आफ्नो चिकित्सकसँग छलफल गर्नुहोस्। DNR/COLST अर्डर अस्पतालको क्षेत्र बाहिर सम्मानित गरिने छ।

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.

मैले गराउन चाहेको उपचारका थप सीमितताहरूमा निम्न कुराहरू पर्दछन्: / Additional Limitations of Treatment I wish to include:

नाम
NAMEजन्म मिति
DOBमिति
DATE

भाग चार: अङ्ग/तन्तु दान र समाधि/अवशेषहरूको प्रबन्ध
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS

अङ्ग तथा तन्तु दानका लागि मेरा चाहनाहरू (आफ्ना रोजाइहरूमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्):

My wishes for organ & tissue donation (check your choices):

म निम्न अङ्ग तथा तन्तुहरू दान गर्न सहमत छु:

I consent to donate the following organs & tissues:

कुनै पनि आवश्यक तन्तुहरू

Any needed organs

कुनै पनि आवश्यक तन्तु (छाला, हड्डी, कोर्निया)

Any needed tissue (skin, bone, cornea)

म निम्न अङ्ग तथा तन्तुहरू दान गर्न चाहन्न:

I do not wish to donate the following organs and tissues:

म कुनै पनि अङ्ग वा तन्तु दान दिन चाहन्न

I do not want to donate any organs or tissues

म मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टलाई निर्णय लियोस् भन्ने चाहन्छु

I want my health care agent to decide

म अनुसन्धान वा शैक्षिक कार्यक्रम(हरू) मा मेरो शरीर दान गर्न चाहन्छु। (नोट: तपाईंले चिकित्सा विद्यालय वा अन्य कार्यक्रममा आफै अग्रिम रूपमा व्यवस्थापन गर्नु पर्ने हुन्छ।) / 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.)

मेरो मृत्यु भएपछि समाधि/अवशेषहरूको प्रबन्धका लागि मेरा निर्देशनहरू (ठीक चिन्ह लगाएर पूरा गर्नुहोस्):

My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):

मेरो अन्त्येष्टि व्यवस्थापनहरूका लागि पूर्व-आवश्यकता करार छ:

I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

फोन नम्बर

PHONE

म निम्न व्यक्तिहरूले मेरो समाधि वा अवशेषहरूको प्रबन्धबारे निर्णय लियोस् भन्ने चाहन्छु (आफ्ना रोजाइहरूमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्):

I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

एजेन्ट

Agent

वैकल्पिक एजेन्ट

Alternate Agent

परिवार:

Family:

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

फोन नम्बर

PHONE

अन्य:

Other:

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

फोन नम्बर

PHONE

विशेष चाहनाहरू (आफ्ना रोजाइहरूमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्): / **Specific Wishes** (check your choices):

मलाई उठाएर/देखाओस् भन्ने चाहन्छु

I want a Wake/Viewing

म समाधि चाहन्छु — निम्न स्थानमा सम्भव भएमा (चिहान, ठेगाना, फोन नम्बर)

I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

म दाहसंस्कार चाहन्छु — मेरो खरानी निम्नानुसार राखेर वा छरेर:

I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:

म समाधि वा दाहसंस्कारका साथ अन्त्येष्टि समारोह राखोस् भन्ने चाहन्छु

I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

म चिहान समारोह मात्र चाहन्छु

I prefer only a Graveside Ceremony

म समाधि वा दाहसंस्कारका साथ स्मारक समारोह मात्र चाहन्छु

I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

अन्य विवरणहरू: (जस्तै संगीत, पढाइ, अधिकारी)

Other Details: (such as music, readings, Officiant)

नाम
NAMEजन्म मिति
DOBमिति
DATEभाग पाँच: हस्ताक्षरित इच्छापत्र
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHESतपाईंले दुई जना वयस्क साक्षीको अगाडि यसमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। निम्न मानिसहरूले साक्षीका रूपमा हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्नः
तपाईंको एजेन्ट(हरू), जीवनसाथी, आमाबुवा, सहोदर, बालबालिका वा नातिनातिना।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.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
SIGNEDमिति
DATE

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

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 लेख्नहोस्)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

हस्ताक्षर
SIGNATUREमिति
DATE

साक्षी 2 (नाम लेख्नहोस्)

WITNESS 2 (PRINT NAME)

हस्ताक्षर
SIGNATUREमिति
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 गर्नुपर्दछः 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 गर्नुपर्दछः 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
NAMEशीर्षक/पद
TITLE/POSITIONठेगाना
ADDRESSफोन नम्बर
PHONEहस्ताक्षर
SIGNATUREमिति
DATE

नाम
NAME

जन्म मिति
DOB

मिति
DATE

निम्न व्यक्तिहरूसँग मेरो अग्रिम निर्देशनको प्रतिलिपि छ (कृपया ठीक 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

वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट

Alternate health care agent

चिकित्सक/प्रदायक(हरू):

Doctor/Provider(s):

अस्पताल(हरू):

Hospital(s):

परिवार सदस्य(हरू): कृपया सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

Family Member(s): Please list:

दर्ता मिति:

Date registered:

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

अन्य:

Other:

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

नाम

NAME

ठेगाना

ADDRESS

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: _____ **राज्य:** _____ **जिप कोड:** _____
 Town/City: State: Zip code:

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

के तपाईं इमेलबाट जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ? चाहँ चाहन्छु
 Would you like to be contacted by e-mail? No Yes

इमेल ठेगाना: _____
 Email Address:

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

सहर: _____ **राज्य:** _____ **जिप कोड:** _____
 Town/City: State: Zip code:

आपतकालीन सम्पर्कहरू / Emergency Contacts

प्राथमिक: नाम: _____
 Primary: Name:

दर्ताकर्तासँगको नाता: _____ फोन नम्बर: (____) _____ - _____
 Relationship to Registrant: Phone Number:

अर्को: नाम: _____
 Secondary: Name:

दर्ताकर्तासँगको नाता: _____ फोन नम्बर: (____) _____ - _____
 Relationship to Registrant: 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 कानून अनुसार 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। अघिल्लो 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। अघिल्लो 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 स्क्यान 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, वालेट 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 वालेट 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 निःशुल्क 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.