



Назначение медицинского представителя

Appointment of a Health Care Agent

Предварительное распоряжение относительно решений об оказываемой медицинской помощи в штате Вермонт / Vermont Advance Directive for Health Care Decisions (RUSSIAN)

ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ

YOUR NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ

DATE OF BIRTH

ДАТА

DATE

АДРЕС

ADDRESS

ГОРОД

CITY

ШТАТ

STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ZIP

Ваш **медицинский представитель** может принимать решения относительно медицинской помощи от вашего имени, если вы утратите способность принимать такие решения самостоятельно или не захотите принимать их. Вам следует выбрать человека, которому вы доверяете, который понимает ваши пожелания и согласен выступать в качестве вашего представителя. Ваш поставщик медицинских услуг **НЕ** может быть вашим представителем, если он также не является вашим родственником. Ваш представитель **НЕ** может быть владельцем, управляющим, сотрудником или подрядчиком учреждения проживания с уходом, медицинского или исправительного учреждения, в котором вы проживаете на момент составления вашего Предварительного распоряжения. / 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.

Я назначаю следующего человека своим **МЕДИЦИНСКИМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ**:

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

AGENT NAME

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

EMAIL

АДРЕС

ADDRESS

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

HOME PHONE

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

WORK PHONE

МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

CELL PHONE

(Если вы назначаете **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ**, перечислите их на отдельном листе бумаги)

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

Если этот представитель не доступен, не желает или не может выступать в качестве моего представителя, я назначаю этого человека своим **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ** / If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ALTERNATE AGENT NAME

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

EMAIL

АДРЕС

ADDRESS

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

HOME PHONE

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

WORK PHONE

МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

CELL PHONE

Другие лица, с которыми можно проконсультироваться по поводу медицинских решений от моего имени:

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

Основной поставщик медицинских услуг (врач, помощник врача или практикующая медсестра):

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

NAME

ТЕЛЕФОН.

PHONE

АДРЕС

ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

NAME

ТЕЛЕФОН.

PHONE

АДРЕС

ADDRESS

С кем **НЕ** следует консультироваться:

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

Общие комментарии о моих целях в области здоровья:
General Comments About My Health Care Goals:

ПОДПИСАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЖЕЛАНИЯХ / SIGNED DECLARATION OF WISHES

Вы должны подписать данный документ в присутствии ДВУХ совершеннолетних свидетелей. Следующие лица **не** могут расписываться в качестве свидетелей: ваш представитель(и), супруг(а), родители, братья и сестры, дети или внуки.

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.

Я заявляю, что этот документ отражает мои пожелания в отношении медицинской помощи и что я подписываю настоящее Предварительное распоряжение по собственному желанию. / I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

ПОДПИСЬ
SIGNED

ДАТА
DATE

Я подтверждаю, что, исходя из моего понимания, лицо, подписавшее документ, осознавало характер этого Предварительного распоряжения и не находилось под воздействием принуждения или ненадлежащего влияния на момент его подписания. (Пожалуйста, поставьте свою подпись и напишите свое имя печатными буквами) / 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)

ПЕРВЫЙ СВИДЕТЕЛЬ (ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)
WITNESS 1 (PRINT NAME)

ПОДПИСЬ
SIGNATURE

ДАТА
DATE

ВТОРОЙ СВИДЕТЕЛЬ (ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)
WITNESS 2 (PRINT NAME)

ПОДПИСЬ
SIGNATURE

ДАТА
DATE

Если лицо, подписавшее настоящий документ, госпитализируется или является текущим пациентом **больницы**, одно из следующих лиц должно расписаться и подтвердить, что оно объяснило характер и последствия Предварительного распоряжения и что пациент, исходя из понимания подписывающего лица, осознавал что происходит, и не находился под воздействием принуждения или ненадлежащего влияния на момент подписания: *назначенный специалист по разъяснениям в больнице, омбудсмен, представитель пациентов с психическими заболеваниями, уполномоченный представитель духовенства, адвокат штата Вермонт или назначенный представитель суда по наследственным делам.* / 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.*

Если лицо, подписавшее настоящий документ, госпитализируется или является резидентом **учреждения сестринского ухода или учреждения проживания с уходом**, одно из следующих лиц должно расписаться и подтвердить, что оно объяснило характер и последствия Предварительного распоряжения и что резидент, исходя из понимания подписывающего лица, осознавал что происходит и не находился под воздействием принуждения или ненадлежащего влияния на момент подписания: *омбудсмен, уполномоченный представитель духовенства, адвокат штата Вермонт, назначенный представитель суда по наследственным делам, назначенный специалист по разъяснениям в больнице, представитель пациентов с психическими заболеваниями, врач, который не работает в соответствующем учреждении, или надлежащим образом обученный волонтер учреждения сестринского ухода/учреждения проживания с уходом.* / 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.*

Специалист по разъяснениям, указанный выше, также может выступать в качестве одного из двух необходимых свидетелей.
The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ
NAME

ЗВАНИЕ/ДОЛЖНОСТЬ
TITLE/POSITION

ТЕЛЕФОН
PHONE

АДРЕС
ADDRESS

ПОДПИСЬ
SIGNATURE

ДАТА
DATE

Копия моего Предварительного распоряжения хранится у следующих лиц (выберите подходящие варианты):
The following have a copy of my Advance Directive (please check):

Реестр Vermont Advance Directive Registry
Vermont Advance Directive Registry
Медицинский представитель
Health care agent

ДАТА РЕГИСТРАЦИИ:
DATE REGISTERED:
Дополнительный медицинский представитель
Alternate health care agent

Врач/Поставщик(и) услуг:
Doctor/Provider(s):
Больница(ы):
Hospital(s):
Член(ы) семьи:
Family Member(s):

Vermont Advance Directive Registry

Соглашение о регистрации и форма разрешения на внесение изменений (Документы А и В в соответствии с Регламентом предварительных распоряжений штата Вермонт)

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

Инструкции / Directions

- Прочтите Политику в отношении регистрации на странице 3 и заполните соответствующие разделы ниже. Используйте разборчивые печатные буквы или впечатайте необходимый текст. / Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
 - Лица, выполняющие регистрацию впервые:** Заполните необходимую информацию о лице, выполняющем регистрацию, и документ А. / First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.
 - Актуализация уже зарегистрированного Предварительного распоряжения:** Заполните необходимую информацию о лице, выполняющем регистрацию, и документ В. / Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.
- Приложите подписанную и заверенную свидетелями копию вашего Предварительного распоряжения. / Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- Регистрация **должна** включать заполненное и подписанное Соглашение о регистрации или Форму разрешения на внесение изменений и копию подписанного и заверенного свидетелями документа с предварительным распоряжением. / 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.
- После заполнения и подписания форм отправьте их по электронной почте, по почте или **по факсу**:
Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

Адрес электронной почты: VADRSubmissions@uslwr.com
E-mail to:

Почтовый адрес: Vermont Advance Directive Registry (VADR)
Or Mail to: PO Box 2789

Westfield, NJ 07091-2789

Факс: 908-654-1919
Or Fax to:

Для получения дополнительной информации посетите сайт: <http://healthvermont.gov/vadr/> или позвоните по телефону 1-888-548-9455. / For additional information visit <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

Необходимая информация о лице, выполняющем регистрацию / Required Registrant Information:

Имя и фамилия: _____ Средний инициал _____ Фамилия _____ Суффикс _____
Имя / Name (First): _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____

Дата рождения: ____ / ____ / ____
Date of Birth: ____ / ____ / ____

Основной почтовый адрес:
Primary Mailing Address: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____

Номер телефона: Основной (_____) _____ - _____ Другой: (_____) _____ - _____
Phone Number: Primary (_____) _____ - _____ Other: (_____) _____ - _____

Хотите, чтобы с вами связывались по электронной почте? Нет Да
Would you like to be contacted by e-mail? No Yes

Адрес электронной почты: _____
Email Address: _____

Дополнительный почтовый адрес (если применимо): _____
Secondary Mailing Address (if applicable): _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____

Контактные лица в экстренных ситуациях / Emergency Contacts

Основное контактное лицо: Имя и фамилия: _____
Primary: Name: _____

Кем приходится лицу, выполняющему регистрацию: _____ Номер телефона: (_____) _____ - _____
Relationship to Registrant: _____ Phone Number: (_____) _____ - _____

Дополнительное контактное лицо: Имя и фамилия: _____
Secondary: Name: _____

Кем приходится лицу, выполняющему регистрацию: _____ Номер телефона: (_____) _____ - _____
Relationship to Registrant: _____ Phone Number: (_____) _____ - _____

УВЕДОМЛЕНИЕ: Все документы, подаваемые в Реестр, должны включать подписанную и заверенную свидетелями копию Предварительного распоряжения лица, выполняющего регистрацию. Это относится и к первой подаче документов, и к актуализации существующих документов / 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.

Документ А: Соглашение о регистрации Document A: Registration Agreement

Заполните этот раздел **только** если вы регистрируете ваше Предварительное распоряжение впервые.
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

Я, _____ (**имя и фамилия печатными буквами**) прошу зарегистрировать мое предварительное распоряжение в Реестре Vermont Advance Directive Registry и разрешить к нему доступ в соответствии с законодательством штата Вермонт. Подписываясь ниже, я признаю и подтверждаю, что: предоставленная информация является достоверной; я ознакомился(ась) с условиями Политики в отношении регистрации Реестра и соглашаюсь их соблюдать; я буду защищать свой идентификационный номер лица, выполняющего регистрацию, и карточку-памятку от несанкционированного доступа; и я немедленно уведомлю Реестр в письменном виде об изменениях в моей регистрационной информации или в предварительном распоряжении. Я оформляю настоящее соглашение добровольно и без какого-либо давления, принуждения или неправомерного влияния со стороны какого-либо лица. Я понимаю, что любой, у кого есть доступ к моей карточке-памятке, может использовать ее для получения доступа к моим документам и личной информации. Это разрешение остается в силе до тех пор, пока не будет отозвано мной.

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.

**Подпись лица,
выполняющего регистрацию:**
Signature of Registrant: _____

Дата:
Date: _____

Документ В: Разрешение на внесение изменений Document B: Authorization to Change

Заполняйте его **только**, если вы уже зарегистрированы и вносите обновления в предварительное распоряжение, существующее в Реестре. / Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

Выберите подходящий вариант.

Check the box below that applies to your submission.

Внести исправления: Выберите этот вариант, чтобы внести исправления в существующее предварительное распоряжение. Предыдущие версии документа будут храниться в вашем деле. / Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

Заменить: Выберите этот вариант, чтобы заменить существующее предварительное распоряжение. Предыдущие версии документа не будут храниться в вашем деле. / Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

Приостановить действие: Выберите этот вариант, чтобы приостановить действие вашего предварительного распоряжения (полностью или частично) на определенный период времени. / Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

Дата начала: _____
Begin Date: _____

Дата окончания: _____
End Date: _____

Отозвать: Выберите этот вариант, чтобы удалить предварительное распоряжение из Реестра (после удаления из Реестра разрешение восстановить будет невозможно). / Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

Я, _____ (**имя и фамилия печатными буквами**) подтверждаю, что данная форма точно отражает внесенные мной изменения, и эти изменения являются верными. Помимо этого, я разрешаю отразить изменения в Реестре Advance Directive Registry.

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.

**Подпись лица,
выполняющего регистрацию:**
Signature of Registrant: _____

Дата:
Date: _____

Политика в отношении регистрации

Registration Policy

Предварительное распоряжение — это юридический документ, в котором излагаются пожелания человека относительно вариантов лечения и аспектов, связанных с прекращением жизни, если он утратит дееспособность или по иным причинам не сможет принимать такие решения. Реестр Advance Directive Registry — это база данных, которая позволяет людям хранить копии своих предварительных распоряжений в электронной форме в защищенном виде. Доступ к этой базе данных при необходимости могут получить уполномоченные поставщики медицинских услуг, медицинские учреждения, учреждения ухода с проживанием, распорядители похорон и организации, управляющие крематориями. Для получения дополнительной информации посетите: <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. Чтобы зарегистрировать предварительное распоряжение, лицо, выполняющее регистрацию, должно заполнить и отправить форму Соглашения о регистрации вместе с копией документа с предварительным распоряжением по следующему адресу:

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. После получения Соглашения о регистрации и приложений сотрудники Реестра отсканируют предварительное распоряжение и сохранят его в базе данных вместе с информацией, идентифицирующей лицо, выполняющее регистрацию, которая содержится в Соглашении о регистрации. Сотрудники Реестра отправят лицу, выполняющему регистрацию, письмо-подтверждение вместе с регистрационным номером, инструкциями по использованию регистрационного номера для доступа к документам на веб-сайте Реестра, карточку-памятку и наклейки на водительские права или страховой полис. Регистрация вступит в силу после получения лицом, выполняющим регистрацию, письма-подтверждения и регистрационных материалов.

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. Лица, выполняющие регистрацию, должны сообщить регистрационный номер из карточки-памятки всем, кто должен иметь доступ к их предварительным распоряжениям: например, представителю лица, выполняющего регистрацию, членам семьи или врачу. Любое лицо может получить доступ к предварительному распоряжению человека, используя регистрационный номер. Кроме того, если регистрационный номер недоступен, уполномоченный поставщик медицинских услуг вправе выполнить поиск предварительного распоряжения конкретного лица в Реестре, используя личную идентификационную информацию лица, выполняющего регистрацию.

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. Лицо, выполняющее регистрацию, несет ответственность за обеспечение следующего:

The registrant is responsible for ensuring that:

- a. Надлежащее оформление предварительного распоряжения в соответствии с законодательством штата Вермонт.

The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.

- b. Правильность и читаемость копии предварительного распоряжения, отправленной в Реестр, если она представляет собой фотокопию оригинала.

The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.

- c. Точность и актуальность информации в Соглашении о регистрации и в документах предварительного распоряжения.

The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.

- d. В случае любых изменений в предварительном распоряжении или регистрационной информации об этом следует проинформировать Реестр в кратчайшие сроки. Это можно сделать путем заполнения и отправки в адрес Реестра формы разрешения на внесение изменений, приложив к ней внесенные изменения, или, в оптимальном варианте, обновленную копию Предварительного распоряжения.

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. Первоначальная регистрация, а также последующие изменения и обновления регистрационной информации или документов Предварительного распоряжения осуществляются бесплатно.

Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

6. Соглашение о регистрации остается в силе до тех пор, пока Реестр не получит достоверную информацию о смерти лица, выполнившего регистрацию, или пока лицо, выполнившее регистрацию, не обратится в письменной форме с просьбой расторгнуть Соглашение о регистрации. При расторжении Соглашения Реестр удалит предварительное распоряжение лица, выполняющего регистрацию, из базы данных Реестра, и его дело больше не будет доступно поставщикам услуг.

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. Изменить условия Соглашения о регистрации может только Реестр.

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