



# Предварительное распоряжение относительно медицинской помощи, штат Вермонт

Подготовлено Vermont Ethics Network

## Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

(RUSSIAN)

### ОБЪЯСНЕНИЯ И ИНСТРУКЦИИ EXPLANATION & INSTRUCTIONS

#### ■ Вы имеете право: / You have the right to:

1. Назначить человека, который будет принимать от вашего имени решения о медицинской помощи, если вы не сможете принимать их самостоятельно.

Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.

2. Предоставлять указания относительно того, какие виды медицинской помощи вы хотите или не хотите получить.

Give instructions about what types of health care you want or do not want.

#### ■ Важно обсудить ваши цели, пожелания и предпочтения относительно лечения с вашими самыми близкими людьми и поставщиками медицинских услуг.

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.

#### ■ Вы можете использовать эту форму как целиком, так и любую ее часть. Например, если вы хотите только назначить представителя в первой части, вы можете заполнить исключительно этот раздел, а затем перейти к пятой части, чтобы поставить свою подпись в присутствии надлежащих свидетелей.

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.

#### ■ Вы можете использовать другую форму при условии, что ее подписание будет надлежащим образом засвидетельствовано. Формы более подробного содержания, предоставляющие больше возможностей, а также информацию о предпочтениях в отношении психиатрической помощи, можно найти на вебсайте VEN по адресу [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

**Первая часть** этой формы позволяет вам назначить определенное лицо своим «**представителем**», который будет принимать решения о медицинской помощи от вашего имени, если вы утратите способность принимать такие решения самостоятельно или не захотите принимать их. Вы также можете назначить дополнительных представителей. Вам следует выбрать человека, которому вы доверяете и который сможет принимать от вашего имени потенциально непростые решения. Он или она должны руководствоваться вашими ценностями, делая выбор за вас, **и согласиться** выступать в качестве вашего представителя. Вы можете заполнить форму Предварительного распоряжения, указав свои предпочтения в отношении медицинской помощи, *даже если вы не будете назначать представителя*. В отсутствие представителя поставщики медицинских услуг будут соблюдать ваши указания, содержащиеся в Предварительном распоряжении, в меру своих возможностей, однако наличие человека, назначенного вашим представителем для принятия решений от вашего имени, поможет поставщикам медицинских услуг и тем, кто заботится о вас, принимать оптимальные решения в ситуациях, которые, возможно, не были описаны в вашем Предварительном распоряжении. Согласно законодательству штата Вермонт, ближайшие родственники не получают автоматически право принимать решения от вашего имени, если вы будете не в состоянии делать это самостоятельно. Поэтому рекомендуем вам заранее назначить кого-либо на ваше усмотрение. / **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.

**Вторая часть** этой формы позволяет указать **цели и пожелания относительно лечения**. Вам предоставляется возможность выразить свои пожелания относительно прохождения лечения, отказа от него или его прекращения при определенных обстоятельствах. Вы также можете добавить любые дополнительные или особые пожелания, исходя из ваших ценностей, состояния здоровья или убеждений. / **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.

**Третья часть** этой формы позволяет вам выразить свои пожелания относительно **ограничений в отношении лечения**. Лечение в данном случае подразумевает сердечно-легочную реанимацию, использование дыхательных аппаратов, зондов для кормления и антибиотиков. Форма предусматривает раздел, где можно указать любые дополнительные пожелания. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы НЕ хотите, чтобы вам проводили сердечно-легочную реанимацию, подключали дыхательный аппарат, устанавливали зонд для кормления или давали антибиотики, обсудите это со своим врачом, который может заполнить распоряжение DNR/COLST (распоряжение об отказе от реанимации/распоряжение врача относительно искусственного поддержания жизненных функций), чтобы гарантировать, что вы не будете получать лечение, которое не хотите получать, особенно в экстренных случаях. В отсутствие подписанного распоряжения DNR/COLST, в котором указаны определенные ограничения в отношении лечения, персонал экстренной медицинской помощи обязан искусственно поддерживать ваши жизненные функции. Если **распоряжение DNR/COLST** отсутствует, бригада экстренной медицинской помощи будет проводить сердечно-легочную

реанимацию, поскольку у них не будет времени, чтобы ознакомиться с Предварительным распоряжением и пообщаться с вашей семьей, представителем или врачом. / 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.

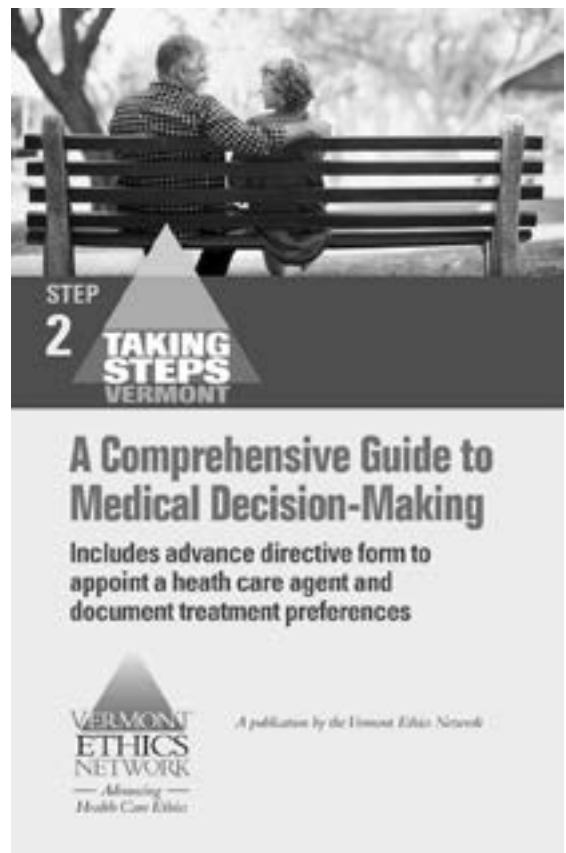
**Четвертая часть** этой формы позволяет вам выразить свои пожелания, связанные с **донорством органов/тканей, и предпочтения в отношении похорон, захоронения и утилизации** ваших останков. / Part FOUR of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

**Пятая часть** предназначена для **подписей**. Вы должны подписать форму и поставить дату в присутствии двух совершеннолетних свидетелей. Следующие лица **не** могут быть свидетелями: ваш представитель и дополнительные представители; ваш супруг(а) или партнер; родители; братья и сестры; дети или внуки. / 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.

Вы должны передать копии заполненной формы своему представителю и дополнительному представителю(ям), своему врачу, членам своей семьи и в любое медицинское учреждение, где вы находитесь или в котором вы, вероятно, будете получать медицинскую помощь. Укажите, у кого хранится копия вашего Предварительного распоряжения, чтобы при изменении ваших предпочтений в копию можно было внести соответствующие изменения. / 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.

Вам также рекомендуется отправить копию вашего Предварительного распоряжения в реестр Vermont Advance Directive Registry вместе с формой соглашения о регистрации (Registration Agreement Form), которая находится в конце этого документа. / 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.

Вы имеете право отозвать настоящее предварительное распоряжение о медицинской помощи полностью или частично или заменить эту форму в любое время. Если вы отзовете распоряжение, все прежние копии необходимо уничтожить. Если вы отправили копию исходного документа в реестр Vermont Advance Directive Registry и внесли какие-либо изменения, обязательно отправьте туда новую копию или форму уведомления об изменении, где указана информация, необходимая для актуализации вашего Предварительного распоряжения. / 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.



Возможно, вы захотите ознакомиться с буклетом *Порядок действий (Taking Steps)*, который поможет вам обдумать и обсудить различные варианты и ситуации со своим представителем(ями) или близкими.

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.

Буклет *Порядок действий* можно приобрести по следующему адресу: / Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

**Vermont Ethics Network**  
**61 Elm Street**  
**Montpelier, VT 05602**  
**Тел.: (Tel.) (802) 828-2909**  
**Факс: (Fax) (802) 828-2646**  
**[www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)**

Для получения информации о реестре Vermont Advance Directive Registry посетите:  
For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

**веб-сайт VEN: [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)**  
**VEN website**

или / or

**страницу реестра на веб-сайте /**  
**Registry website at the**

**Vermont Department of Health:**  
**[www.healthvermont.gov/vadr](http://www.healthvermont.gov/vadr)**



# Предварительное распоряжение относительно медицинской помощи, штат Вермонт

## Vermont Advance Directive for Health Care

**ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ**

YOUR NAME

**АДРЕС**

ADDRESS

**ГОРОД**

CITY

**ДАТА РОЖДЕНИЯ**

DATE OF BIRTH

**ДАТА**

DATE

**ШТАТ**

STATE

**ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС**

ZIP

### ПЕРВАЯ ЧАСТЬ: ВАШ МЕДИЦИНСКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

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:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ  
DOB

ДАТА  
DATE

Я хочу, чтобы действие моего Предварительного распоряжения начиналось: / I want my Advance Directive to start:

В момент, когда я не смогу принимать решения самостоятельно  
When I cannot make my own decisions

Сейчас  
Now

Когда произойдет следующее:  
When this happens:

## ВТОРАЯ ЧАСТЬ: ЦЕЛИ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕЛИГИОЗНЫЕ ПОЖЕЛАНИЯ PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

Мои общие цели в области медицинской помощи: / My overall health care goals include:

Я хочу, чтобы мою жизнь поддерживали как можно дольше любыми медицинскими средствами.  
I want to have my life sustained as long as possible by any medical means.

Я хочу, чтобы мою жизнь поддерживали только в том случае, если я:  
I want treatment to sustain my life only if I will:

смогу общаться с друзьями и семьей.

be able to communicate with friends and family.

смогу самостоятельно заботиться о себе

be able to care for myself.

смогу жить без инвалидизирующей боли

live without incapacitating pain.

буду оставаться в сознании и понимать, что происходит вокруг.

be conscious and aware of my surroundings.

Я хочу получать лечение, которое будет в первую очередь направлено на создание комфорта для меня.  
I only want treatment directed toward my comfort.

Дополнительные цели, пожелания или убеждения, которые я хочу сообщить:

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

Лица, которых следует уведомить при наличии у меня опасного для жизни заболевания:

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

Если я умираю, для меня важно находиться (отметьте выбор): / If I am dying it is important for me to be (check choice):

Домаше

At home

В больнице

In the hospital

Другое:

Other:

Предпочтения отсутствуют

No preference

Мои пожелания в отношении религиозных услуг: / My Spiritual Care Wishes include:

Моя религия/вера:

My Religion/Faith:

МЕСТО ПОКЛОНЕНИЯ

PLACE OF WORSHIP

ТЕЛЕФОН

PHONE

АДРЕС

ADDRESS

Следующие предметы, музыка или зачитываемые тексты могли бы меня утешить:

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ  
DOB

ДАТА  
DATE

**ТРЕТЬЯ ЧАСТЬ: ОГРАНИЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ**  
**PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT**

Вы можете решить, какое лечение вы хотите или не хотите получать, если вы серьезно заболели или умираете. Независимо от указанных ограничений в отношении лечения, вы имеете право на нейтрализацию боли и симптомов (тошнота, усталость или одышка). Если ограничения в отношении лечения не указаны, команда медицинского обслуживания обязана делать все возможное, чтобы спасти вашу жизнь.

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. Если мое сердце перестанет биться (выберите один вариант):**

If my heart stops (choose one):

Я ХОЧУ, чтобы мне провели сердечно-легочную реанимацию, чтобы попытаться восстановить работу моего сердца.  
I DO want CPR done to try to restart my heart.

Я НЕ ХОЧУ, чтобы мне проводили сердечно-легочную реанимацию, чтобы попытаться восстановить работу моего сердца. / I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

*Сердечно-легочная реанимация подразумевает энергичное воздействие на грудную клетку, использование электростимуляции, лекарств для поддержки или восстановления функции сердца и восстановление дыхания (за счет подачи воздуха в легкие). / 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. Если я не смогу дышать самостоятельно (выберите один вариант):**

If I am unable to breathe on my own (choose one):

Я ХОЧУ, чтобы меня подключили к дыхательному аппарату без каких-либо ограничений по времени. / I DO want a breathing machine without any time limit.

Я хочу оставаться подключенным(-ой) к дыхательному аппарату в течение небольшого периода времени, что позволит узнать, смогу ли я выжить или станет ли мне лучше. / I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к дыхательному аппарату НИ НА КАКОЙ период времени. / I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

*«Дыхательный аппарат» относится к устройству, которое механически подает воздух в легкие и обратно, например аппарат искусственной вентиляции легких. / "Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.*

**3. Если я не смогу проглотить достаточное количество еды или воды для поддержания жизни (выберите один вариант): / If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):**

Я ХОЧУ, чтобы мне установили зонд для кормления без каких-либо ограничений по времени. / I DO want a feeding tube without any time limits.

Я хочу питаться через зонд для кормления в течение небольшого периода времени, что позволит узнать, смогу ли я выжить или станет ли мне лучше. / I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

Я НЕ ХОЧУ, чтобы мне устанавливали зонд для кормления НИ НА КАКОЙ период времени. / I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы проходите лечение в другом штате, ваш представитель может не получить автоматически полномочия, чтобы отменить установку зонда для кормления или убрать его. Если вы хотите, чтобы ваш представитель принимал решение по поводу зондов для кормления, установите флажок ниже. / **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.

Я уполномочиваю своего представителя принимать решения относительно зондов для кормления.  
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

**4. Если мое заболевание неизлечимо или вероятность того, что я поправлюсь, весьма мала (выберите один вариант): / If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):**

Я ХОЧУ, чтобы меня лечили антибиотиками или другими лекарствами для борьбы с инфекцией. / I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня лечили антибиотиками или другими лекарствами для борьбы с инфекцией. / I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

Если вы указали, что НЕ ХОТИТЕ, чтобы вам проводили сердечно-легочную реанимацию, подключали вас к дыхательному аппарату, устанавливали вам зонд для кормления или давали вам антибиотики ни при каких обстоятельствах, обсудите это со своим врачом, который может заполнить форму DNR/COLST, чтобы гарантировать, что вам не будут проводить нежелательное для вас лечение, особенно в чрезвычайной ситуации. Распоряжение DNR/COLST будет выполняться за пределами больницы. / 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.

Дополнительные ограничения в отношении лечения, которые я хотел(а) бы добавить: / Additional Limitations of Treatment I wish to include:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ  
DOB

ДАТА  
DATE

**ЧЕТВЕРТАЯ ЧАСТЬ: ДОНОРСТВО ОРГАНОВ/ТКАНЕЙ И ЗАХОРОНЕНИЕ/УТИЛИЗАЦИЯ ОСТАНКОВ**  
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS

**Мои пожелания по поводу донорства органов и тканей (отметьте подходящие вам варианты):**

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

Я соглашаюсь стать донором следующих органов и тканей:

I consent to donate the following organs & tissues:

Любые необходимые органы

Any needed organs

Любая необходимая ткань (кожа, кость, роговица)

Any needed tissue (skin, bone, cornea)

Я не желаю быть донором следующих органов и тканей:

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

Я не хочу быть донором никаких органов или тканей

I do not want to donate any organs or tissues

Я хочу, чтобы решение принимал мой медицинский представитель

I want my health care agent to decide

Я хочу пожертвовать свое тело исследовательской или образовательной программе(ам). (Примечание: вам придется заранее самостоятельно договориться с медицинским институтом или другой программой.) / 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.)

**Мои инструкции по захоронению/утилизации моих останков после моей смерти (выберите и заполните):**

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

У меня есть Предварительный договор о распоряжениях об организации похорон:

I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ТЕЛЕФОН  
PHONE

АДРЕС  
ADDRESS

Я хочу, чтобы следующие лица приняли решение о моем захоронении или утилизации моих останков (выберите подходящие варианты): / I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

Представитель  
Agent

Дополнительный представитель  
Alternate Agent

Члены семьи  
Family:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ТЕЛЕФОН  
PHONE

АДРЕС  
ADDRESS

Другое:  
Other:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ТЕЛЕФОН  
PHONE

АДРЕС  
ADDRESS

**Особые пожелания (выберите подходящие варианты):**

Specific Wishes (check your choices):

Я хочу, чтобы для меня организовали поминки/церемонию прощания с телом

I want a Wake/Viewing

Я предпочитаю, чтобы меня захоронили — если возможно, в следующем месте: (кладбище, адрес, номер телефона)

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

Я предпочитаю, чтобы меня кремировали — мой прах следует сохранить или развеять следующим образом:

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

Я хочу, чтобы была организована церемония похорон с последующим захоронением или кремацией

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

Я хочу, чтобы была организована только церемония у могилы

I prefer only a Graveside Ceremony

Я хочу, чтобы была организована поминальная церемония после захоронения или кремации

I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

Дополнительные сведения: (например, музыкальное сопровождение, зачитываемые тексты, священник, совершающий богослужение)

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ  
DOB

ДАТА  
DATE

**ПЯТАЯ ЧАСТЬ: ПОДПИСАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЖЕЛАНИЯХ**  
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES

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

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.

**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)*

СВИДЕТЕЛЬ 1 (НАПИШИТЕ СВОЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)  
WITNESS 1 (PRINT NAME)

ПОДПИСЬ  
SIGNATURE

ДАТА  
DATE

СВИДЕТЕЛЬ 2 (НАПИШИТЕ СВОЕ 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 все происходящее 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 все происходящее 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

АДРЕС  
ADDRESS

ПОДПИСЬ  
SIGNATURE

ТЕЛЕФОН  
PHONE

ДАТА  
DATE

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ  
DOB

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

Дата регистрации:  
Date registered:

Медицинский представитель  
Health care agent

Дополнительный медицинский представитель  
Alternate health care agent

Врач/Поставщик(и) услуг:  
Doctor/Provider(s):

Больница(ы):  
Hospital(s):

Член(ы) семьи: Укажите:  
Family Member(s): Please list:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

Другое:  
Other:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

АДРЕС  
ADDRESS



## 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](mailto: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.