

পাঁচটি
ইচ্ছা
FIVE
WISHES

আমার ইচ্ছা:

আমি যখন সিদ্ধান্ত নিতে পারছি না, আমি চাই সেই মানুষটি আমার হয়ে সেবায়ত্নের সঠিক সিদ্ধান্ত নিন

কীরকম চিকিৎসা পরিষেবা আমি চাই অথবা চাই না

আমি কতটা স্বচ্ছন্দে থাকতে চাই

লোকে আমার সঙ্গে কেমন ব্যবহার করবে

আমার ভালবাসার মানুষদের আমি যা জানাতে চাই

আপনার নাম লিখুন

print your name

জন্মতারিখ

birthdate

পাঁচটি ইচ্ছা

জীবনে এমন অনেক জিনিস রয়েছে যা আমাদের হাতের বাইরে এই পাঁচটি ইচ্ছার পুস্তিকা আপনাকে একধরনের নিয়ন্ত্রণের সন্ধান দেবে - আপনি গুরুতর অসুস্থ হলে কীরকম চিকিৎসা চান। এই ফর্ম সহজে পূরণ করা যায়। এর সাহায্যে আপনি বলতে পারবেন আপনি ঠিক কী চান। এই ফর্মটি একবার পূরণ করে নাম সাক্ষরের পর অধিকাংশ রাজ্যের আইনে এটি বৈধ হিসাবে গণ্য হবে।

পাঁচটি ইচ্ছা কী ?

পাঁচ ইচ্ছা হল প্রথম জীবন্ত ইচ্ছাপত্র। এর মাধ্যমে আপনি আপনার ব্যক্তিগত, আবেগ-অনুভূতি, ধর্মীয় এবং একইসঙ্গে চিকিৎসা সম্পর্কিত ইচ্ছার কথা প্রকাশ করতে পারবেন। স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিষয়ে আপনার যদি সিদ্ধান্ত গ্রহণের অবস্থা নাও থাকে, বয়স্কদের আইনগত সমস্যা সম্পর্কে গঠিত আমেরিকান বার অ্যাসোসিয়েশন'স কমিশন এবং জীবন-সায়াহে কী

ধরনের তত্ত্বাবধান প্রয়োজন, সে সম্বন্ধে দেশের প্রথম সারির বিশেষজ্ঞদের সাহায্য নিয়ে এটি লেখা হয়েছে। এটি সহজে ব্যবহারও করা যায়। আপনাকে শুধু বাস্তু-চিহ্নিত স্থানে টিক চিহ্ন দিয়ে, বিশেষ দিকের উপর গোল করে দাগ দিতে হবে। অথবা আপনি কয়েকটি বাক্যও লিখতে পারেন।

এই পাঁচ ইচ্ছা আপনাকে ও আপনার পরিবারকে কীভাবে সাহায্য করতে পারে

- আপনি গুরুতর অসুস্থ হলে ঠিক কীরকম চিকিৎসা চান তাও এই পাঁচ ইচ্ছার মাধ্যমে আপনার আত্মীয়-পরিজন, বন্ধুবান্ধব, ডাক্তারকে জানাতে পারবেন।
- আপনি কী চান, আপনার আত্মীয়-পরিজনদের অনুমান করার দরকার নেই। আপনার গুরুতর অসুস্থতার সময়েও এই ইচ্ছাপত্র তাঁদের রক্ষা করবে কারণ, আপনার ইচ্ছার কথা না জেনে তাঁরা কোনও কঠিন সিদ্ধান্তও নিতে পারবেন না।
- আপনার বাবা, মা, স্বামী বা স্ত্রী অথবা বন্ধু তাঁদের জীবিত পাঁচ ইচ্ছার দলিলে কী চেয়েছেন তাও আপনি জানতে পারবেন। আপনাকে তাঁদের যখন সবচেয়ে বেশি দরকার পড়বে, সেখানে উপস্থিত হতে পারবেন। তাঁরা ঠিক কী চাইছেন আপনি বুঝতে পারবেন।

পাঁচ ইচ্ছা শুরু হল কীভাবে

জিম টোয়ে নামে এক ব্যক্তি ১২ বছর ধরে ঘনিষ্ঠভাবে কাজ করেছিলেন মাদার টেরেসার সঙ্গে। একবছর তিনি ছিলেন ওয়াশিংটন ডিসিতে মাদারের পরিচালিত দুঃস্থদের একটি আশ্রয়নিবাসে সরাসরি লব্ধ এই অভিজ্ঞতার পর মিঃ টোয়ে খুঁজতে শুরু করেন অসুস্থ মানুষেরা ও তাঁদের পরিবার গুরুতর অসুস্থতার মধ্যেও কীভাবে এগিয়ে যাওয়ার পরিকল্পনা করতে

সক্ষম হতে পারে। এরই ফসল হল পাঁচ ইচ্ছা এবং এর প্রতি দারুণ সাড়া পাওয়া গেলে সি এন এন এবং এন বি সি-র টুডে শোতে দেখানো, টাইম ও মানি ম্যাগাজিনের পাতায় এনিয়ে লেখা হল। সংবাদমাধ্যমগুলো পাঁচ ইচ্ছাকে বলল, 'হৃদয় সহ প্রথম জীবন্ত দলিলা'।

পাঁচ ইচ্ছা কাদের ব্যবহার করা উচিত

যেকোনও ১৮ বছরের ব্যক্তি বা তার বেশি - বিবাহিত, অবিবাহিত, বাবা-মা, প্রাপ্তবয়স্ক সন্তান, এবং তাদের বন্ধুবান্ধব পাঁচ ইচ্ছার জন্য উপযুক্ত সব বয়সের ৮ মিলিয়নেরও বেশি মার্কিন নাগরিক ইতিমধ্যেই এটি ব্যবহার করছেন কারণ এটি

এত ভাল কাজ করে যে আইনজীবী, ডাক্তার, হাসপাতাল, দুঃস্থদের আশ্রয়নিবাস, ধর্মীয় গোষ্ঠী, নিয়োগকারী এবং অবসরপ্রাপ্ত গোষ্ঠীগুলোর হাতে হাতে ঘুরছে এই দলিলটি

পাঁচ ইচ্ছা যেসব রাজ্যে চালু

ডিস্ট্রিক্ট অব কলাম্বিয়া বা নীচে দেওয়া তালিকার ৪০ রাজ্যের মধ্যে যেকোনও স্থানে যদি আপনি বসবাস করেন, তবে আপনি পাঁচ ইচ্ছা ব্যবহার করতে পারবেন এবং প্রগাঢ় মানসিক শান্তি লাভ করবেন একথা জেনে যে এতে আপনার রাজ্যের আইনের যাবতীয় চাহিদা পূরণ করা আছে।

আলাস্কা	আইডাহো	মিসৌরি	রোড আইল্যান্ড
আরিজোনা	ইলিনয়	মন্টানা	দক্ষিণ ক্যারোলিনা
আরকানসাস	আয়ওয়া	নেব্রাস্কা	দক্ষিণ ডাকোটা
ক্যালিফোর্নিয়া	লুইজিয়ানা	নিউ জার্সি	ভের্মন্ট
কোলোরাডো	মেইন	নিউ মেক্সিকো	টেনেসি
কনেকটিকাট	মেরিল্যান্ড	নিউ ইয়র্ক	ভার্জিনিয়া
ডেলাওয়্যার	ম্যাসাচুসেটস	উত্তর ক্যারোলিনা	ওয়াশিংটন
ফ্লরিডা	মিশিগান	উত্তর ডাকোটা	পশ্চিম ভার্জিনিয়া
জর্জিয়া	মিনসোটা	ওকলাহোমা	উইজকনসিন
হাওয়াই	মিসিসিপি	পেনসিলভ্যানিয়া	উওমিং

এই তালিকার ৪০ রাজ্যের মধ্যে আপনার রাজ্য যদি না থাকে, তাহলে জানবেন আপনার রাজ্যের বিধিবদ্ধ নিয়মাবলীর প্রায়োগিক দায়বদ্ধতার প্রয়োজন পাঁচ ইচ্ছা মেটাতে পারছে না। ফলে আপনার রাজ্যের কোনও ডাক্তার পাঁচ ইচ্ছাকে সম্মান নাও দেখাতে পারেনা অবশ্য, এই তালিকায় নেই এমন রাজ্যের অনেক বাসিন্দা তাঁদের রাজ্যের আইনি ফর্মের সঙ্গেই পাঁচ ইচ্ছার ফর্ম পূরণ করছেন। তাঁরা বুঝেছেন, এতদিন তাঁরা যা চেয়ে এসেছেন, পাঁচ ইচ্ছা তা প্রকাশ করতে সাহায্য করছে, এবং পরিবারের সদস্যরা, বন্ধুবান্ধব, পরিচর্যা করেন এমন ব্যক্তিরা ও ডাক্তারদের জন্য সাহায্যকারী ভূমিকাও পালন করে। অধিকাংশ ডাক্তার ও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত পেশাদার ব্যক্তিরা জানেন যে, যেভাবেই হোক না কেন আপনি যে ইচ্ছার কথা বলতে চাইছেন সেটি তাঁদের শুনতেই হবে।

আমি কী করে পাঁচ ইচ্ছায় নিজেকে বদলাব ?

আপনার হয়তো ইতিমধ্যেই একটি লিভিং দলিল রয়েছে অথবা স্বাস্থ্য সেবার জন্য একটি স্থায়ী পাওয়ার অব অ্যাটর্নি দেওয়া আছে। এর বদলে যদি পাঁচ ইচ্ছা ব্যবহার করতে চান, আপনাকে শুধু একটি নতুন পাঁচ ইচ্ছার ফর্ম নির্দেশ অনুযায়ী পূরণ করতে হবে। আপনি সেটি স্বাক্ষর করা মাত্র আপনার আগের সব নির্দেশাবলী এর আওতায় চলে আসবে। সঠিক ফর্মটি ব্যবহার করছেন কি না নিশ্চিত হতে নিম্নলিখিত নিয়ম মানুন:

- আপনার পুরোন সব লিভিং দলিলপত্র, অথবা স্বাস্থ্য সেবার জন্য স্থায়ী পাওয়ার অব অ্যাটর্নি নষ্ট করে ফেলুন। কিংবা যে কপিটি আপনার কাছে রয়েছে তার উপরে আড়াআড়িভাবে বড় বড় অক্ষরে লিখুন “revoked” (বাতিল)। আপনার আইনজীবীকে বলুন তিনি যাতে আপনার হয়ে পুরোন ফর্মগুলোর ব্যবস্থা করে দেন। এবং
- আপনার স্বাস্থ্য সেবার এজেন্ট, পরিবারের সদস্য ও ডাক্তারকে জানিয়ে দিন যে আপনি নতুন পাঁচ ইচ্ছার ফর্মে সই করেছেন। আপনার নতুন ইচ্ছার সম্পর্কে তাঁরা জানলেন কি না নিশ্চিত হয়ে নিন।

ইচ্ছা ১ বা প্রথম ইচ্ছা 1 — WISH 1

আমি যখন স্বাস্থ্য সেবার ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে পারছি না, আমি চাই এই মানুষটি আমার হয়ে সিদ্ধান্ত নিন।

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

আমি যদি আমার স্বাস্থ্য সেবার ব্যাপারে নিজে সিদ্ধান্ত গ্রহণের অবস্থায় আর না থাকি, তবে ফর্মে যাঁর নাম থাকছে তিনিই আমার হয়ে সেসব সিদ্ধান্ত নেবেন। এই ব্যক্তিকেই হবেন আমার স্বাস্থ্য সেবার এজেন্ট (অথবা আমার রাজ্যে যে নামে এই পরিচয় ব্যবহার করা হয়, যেমন প্রক্সি, রিপ্রেজেন্টেটিভ অথবা সারোগেট)। যদি এরকম উভয় ঘটনা ঘটে তবে এই ব্যক্তিকেই আমার স্বাস্থ্য সেবার ব্যাপারে আমার হয়ে সিদ্ধান্ত নেবেন। ঘটনাগুলো হল:

- আমাকে যে ডাক্তার দেখছেন অথবা চিকিৎসা করছেন, তিনি যদি মনে করেন যে নিজের স্বাস্থ্য সেবার ব্যাপারে আমি আর সিদ্ধান্ত নিতে অপারগ, এবং
- স্বাস্থ্য সেবার সঙ্গে জড়িত অন্য একজন পেশাদার যদি সেকথা সত্য বলে মেনে নেন।

আমি যে রাজ্যে বসবাস করি, সেখানে নিজের স্বাস্থ্য সেবার বিষয়ে সব সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা আমার আর আছে কি না তা দেখার অন্য কোনও উপায় থাকলে আমার রাজ্যের নিয়মই অনুসরণ করা হবে।

আপনার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট হিসাবে সঠিক ব্যক্তিকে বেছে নিন

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

এমন একজনকেই বেছে নিন যিনি আপনাকে ভালভাবে চেনেন, আপনার যত্ন নেন, এবং যিনি কঠিন সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। স্বামী বা স্ত্রী, পরিবারের কোনও সদস্য সর্বোত্তম পছন্দ নাও হতে পারেন কারণ তাঁরাও আবেগপ্রবণ হয়ে জড়িয়ে যেতে পারেন। কদাচিৎ তাঁরা অবশ্য সর্বোত্তম পছন্দ হন। আপনিই সবচেয়ে ভাল জানবেন। এমন একজনকে বেছে নিন যিনি আপনার জন্য দাঁড়াতে পারবেন, যিনি আপনার ইচ্ছা অনুসরণ করতে পারবেন। একইসঙ্গে যিনি কাছাকাছি থাকবেন যাতে আপনার দরকার পড়লেই সাহায্য পান। স্বামী বা স্ত্রী, পরিবারের সদস্য, অথবা বন্ধুবান্ধব, যাকেই আপনার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট হিসাবে বেছে নিন না কেন, আপনার ইচ্ছাগুলোর সম্পর্কে তাঁর সঙ্গে কথা বলে নেন। এও নিশ্চিত হয়ে নেন যে তিনি যেন আপনার ইচ্ছার মর্যাদা দেন ও সেগুলো অনুসরণ করেন। আপনার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্টকে **অন্তত ১৮ বছর বা তারও বেশি হতে হবে** (কোলোরাডোর ক্ষেত্রে, ২১ বছর, বা তার বেশি) এবং:

- তিনি যেন কখনই আপনার স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারী, কোনও আবাসিক অথবা কমিউনিটি স্বাস্থ্য বা সেবা কেন্দ্রের পরিচালক বা স্বত্বাধিকারী না হন যেখান থেকে আপনি পরিচর্যার সুযোগসুবিধা পান।
- আপনার স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারীর কোনও কর্মচারী অথবা কর্মচারীর স্ত্রী।
- ১০ কিংবা তারও বেশি লোকের এজেন্ট হিসাবে কাজ করছেন, যদি না তিনি আপনার স্বামী বা স্ত্রী অথবা ঘনিষ্ঠ আত্মীয় হন।

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they are the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

যে ব্যক্তিকে আমার স্বাস্থ্য সেবার এজেন্ট নির্বাচিত করেছি তিনি: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

প্রথম পছন্দের নাম *First Choice Name*

ফোন *Phone*

ঠিকানা *Address*

শহর/রাজ্য/জিপ *City/State/Zip*

এই ব্যক্তি যদি আমার হয়ে স্বাস্থ্য সেবার প্রয়োজনগুলো পছন্দ করতে না পারেন বা করতে না চান, অথবা তিনি বিবাহবিচ্ছিন্ন কিংবা আইন মোতাবেক তাঁর সঙ্গে আমার বিচ্ছেদ ঘটে যায়, বা যদি তিনি মারা গিয়ে থাকেন, তবে নিম্নলিখিত ব্যক্তির হবেন আমার পরের পছন্দ:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

দ্বিতীয় পছন্দের নাম *Second Choice Name*

দ্বিতীয় পছন্দের নাম *Third Choice Name*

ঠিকানা *Address*

ঠিকানা *Address*

শহর/রাজ্য/জিপ *City/State/Zip*

শহর/রাজ্য/জিপ *City/State/Zip*

ফোন *Phone*

ফোন *Phone*

আইনগত কোনও স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট রাখার ব্যাপারে আমি
যদি মত বদলাই, তবে

If I Change My Mind About Having A
Health Care Agent, I Will

- পাঁচ ঝিছার এই অংশের ফর্মের সব কপি নষ্ট করে ফেলবা অথবা

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*

- আমার ডাক্তার বা পরিবারের মত কাউকে বলব যে আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্টকে ছেড়ে দিতে বা বদলাতে চাই অথবা

- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*

- যে যে এজেন্টের ক্ষমতা বাতিল করতে চাই, তাঁদের নামের উপর আড়াআড়িভাবে বড় অক্ষরে “Revoked” (বাতিল) লিখবা ওই পৃষ্ঠায় নিজের নাম সই করবা

- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

আমি মনে করি আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট আমার স্বাস্থ্যের পরিচর্যার প্রসঙ্গে সিদ্ধান্ত নিতে পারেনা আমি চাই নিম্নলিখিত বিষয়গুলো আমার এজেন্ট করুন: (নীচের তালিকায় লিখিত কোন বিষয়গুলো আপনার এজেন্টকে করতে দিতে চান না তার উপর দয়া করে কাটা চিহ্ন দিনা)

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> আমার চিকিৎসা ব্যবস্থা অথবা পরিষেবা, যেমন বিভিন্ন পরীক্ষা, ওষুধপয়ন, অথবা শল্যচিকিৎসা কী দরকার তা স্থির করবেনা আমার স্বাস্থ্যের কী সমস্যা তা খুঁজে দেখতে এই সেবা বা পরিষেবা হতে পারে, অথবা কী করে তার চিকিৎসা করা যায়। আমাকে বাঁচিয়ে রাখাও এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। চিকিৎসা বা পরিষেবা যদি ইতিমধ্যে শুরু হয়ে গিয়ে থাকে, আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট তা চালাতে পারেন অথবা বন্ধও করে দিতে পারেন। | <ul style="list-style-type: none"> Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none"> এই ফর্মে বা অন্য আলোচনায় আমি যেসব নির্দেশ দিয়েছি, সেসব আমার ইচ্ছা ও মূল্যবোধ বুঝে আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট তার ব্যাখ্যা করতে পারবেন। | <ul style="list-style-type: none"> Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none"> কোনও বসবাসের সুবিধায়ুক্ত হাসপাতাল, সেবাপ্রদান অথবা নার্সিং হোমে আমাকে ভর্তি হতে সম্মতি দেবেনা। আমার প্রয়োজনে ও সেবার কারণে আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট যেকোনও ধরনের স্বাস্থ্য সেবা কর্মীকে ভাড়া করে আনতে পারবেন। প্রয়োজন হলে এরকম কোনও কর্মীকে তিনি তাড়িয়েও দিতে পারবেন। | <ul style="list-style-type: none"> Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none"> আমাকে বাঁচিয়ে রাখার জন্য কৃত্রিম উপায়ে খাদ্য ও পানীয়ের ব্যবস্থা সহ এবং অন্য ধরনের চিকিৎসা, ডাঙলারি চিকিৎসা লাগবে কি না, এ সবই সিদ্ধান্ত তিনি নিতে পারবেন। | <ul style="list-style-type: none"> Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none"> আমার চিকিৎসার সব রেকর্ড, ব্যক্তিগত ফাইল তিনি দেখতে ও অনুমোদন করতে পারবেন। এই ধরনের কোনও ফাইল পাওয়ার জন্য আমার স্বাক্ষরের প্রয়োজন দেখা দিলে আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট আমার হয়ে সই করতে পারবেন। | <ul style="list-style-type: none"> See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none"> আমার পরিচর্যার জন্য বা আমার ইচ্ছা পালন হেতু আমাকে অন্য রাজ্যে নিয়ে যেতে পারবেন। | <ul style="list-style-type: none"> Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> যন্ত্রণার উপশমে সাহায্যের জন্য ওষুধের অনুমতি দেওয়া বা এরকম প্রক্রিয়া শুরু করা অথবা তা প্রত্যাহান করার অধিকারী তিনি। | <ul style="list-style-type: none"> Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none"> আমার ইচ্ছা পালনের জন্য যেকোনও আইনগত পদক্ষেপ নিতে পারেন। | <ul style="list-style-type: none"> Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> আইনগতভাবে আমার ব্যবহারযোগ্য দেহের অংশ বা টিস্যু তিনি দান করতে পারেন। | <ul style="list-style-type: none"> Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none"> আমার জন্য মেডিকেশ্যর, মেডিকেইড, বা অন্যান্য প্রকল্প অথবা বিমা সুবিধার আবেদন করতে পারেন। এইসব ফর্ম পূরণ করার কারণে আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট আমার ব্যাঙ্কের পাশবইয়ের মত ব্যক্তিগত ফাইলপত্র দেখতে পারেন। | <ul style="list-style-type: none"> Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none"> আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্টের ক্ষমতা, অধিকারের পরিবর্তন, সংযোজন বা সীমার প্রসঙ্গে নীচের তালিকা দেওয়া হল। | <ul style="list-style-type: none"> Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

ইচ্ছা ২ বা দ্বিতীয় ইচ্ছা — WISH 2

কী ধরনের চিকিৎসা সেবা আমি চাই বা চাই না সেসম্পর্কে আমার ইচ্ছা

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

আমি বিশ্বাস করি যে আমার জীবন মূল্যবান এবং মর্যাদাপূর্ণ চিকিৎসা পরিষেবা পাওয়া আমার অধিকার। এমন একটা সময় আসতে পারে যে আমি ভীষণ অসুস্থ হয়ে পড়েছি, নিজের ব্যাপারে কোনও কথাই বলতে পারছি না। আমি চাই নিম্নলিখিত ইচ্ছাগুলো এবং আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্টকে আরও অন্য কোনও নির্দেশ যদি দিয়ে থাকি, সেসব সম্মানের সঙ্গে পালন করা হোক।

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

আমার সেবা গুণ্ণাকারী হিসাবে আপনার কী কী মনে রাখা উচিত

- আমি যন্ত্রণায় পড়ে থাকতে চাই না। আমি চাই ডাক্তার যেন আমাকে যন্ত্রণামুক্ত করতে যথেষ্ট ওষুধপত্রের ব্যবস্থা করেন। সাধারণত আমি যেমন থাকি, ওষুধের প্রভাবে তার চেয়ে অনেক বেশি ঝিমুনি বা ঘুম ঘুম পেলেও কিছু যায় আসে না।
- আমি চাই না আমার জীবন শেষ করে দেওয়ার উদ্দেশ্যে ডাক্তার বা নার্সরা এমন কিছু করুন বা উদ্দেশ্যপ্রণোদিতভাবে না করুন।
- আমি চাই আমার মুখ দিয়েই খাদ্য ও পানীয় প্রবেশ করানো হোক এবং আমাকে পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন ও উষ্ণ রাখা হোক।

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

জরুরি অবস্থা হলে

In Case Of An Emergency

আপনার বড় কোনও শারীরিক জরুরি অবস্থা দেখা দিলে যদি অ্যাম্বুল্যান্স কর্মীরা আসেন, তাঁরা আপনার **জ্ঞান ফেরাবেন না** ফর্ম বা হস্তবন্ধনী দেখতে চাইতে পারেন, যদি সেটি আপনার থেকে থাকে। অনেক রাজ্যে একজন ব্যক্তিকে এই ফর্মটি পূরণ করে ডাক্তারকে দিয়ে সই করিয়ে রাখা বাধ্যতামূলক। এই ফর্ম দেখে অ্যাম্বুল্যান্স কর্মীরা জানতে পারবেন আপনার মৃতপ্রায় অবস্থায় আপনি জীবনদায়ী চিকিৎসা সাহায্য চান না। **জ্ঞান ফেরাবেন না** ফর্মটি পূরণ করা আপনার দরকার কি না আপনার ডাক্তারকে জিজ্ঞাসা করে নিন।

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

আমার কাছে “জীবনদায়ী চিকিৎসা”র অর্থ

আমাকে বাঁচিয়ে রাখার জন্য জীবনদায়ী চিকিৎসার অর্থ, যেকোনও চিকিৎসা সংক্রান্ত কার্যক্রম, যন্ত্রপাতির ব্যবহার অথবা ওষুধপত্রের প্রয়োগ জীবনদায়ী চিকিৎসার মধ্যে রয়েছে: শ্বাসপ্রশ্বাস সচল রাখার জন্য চিকিৎসার যন্ত্রপাতি আমার ভিতরে প্রবেশ করানো; খাদ্য ও পানীয় সরবরাহ করার জন্য চিকিৎসা সামগ্রী (নলের মাধ্যমে); কার্ডিওপালমোনারি রিসাসিটেশন (সিপিআর); গুরুত্বপূর্ণ অস্ত্রোপচার; রক্তদান; ডায়ালিসিস; অ্যান্টিবায়োটিকস; এবং আমাকে বাঁচিয়ে রাখার জন্য আরও যা যা দরকার। আমার ধর্মীয় ও ব্যক্তিগত বিশ্বাসের কারণে এইসব জীবনদায়ী চিকিৎসার বহর যদি আমি হ্রাস করতে চাই, তবে নীচের ফাঁকা স্থানে এসব নিয়ন্ত্রণের কথা লিখবা এটা করার কারণ হল, আমি কী চাই এবং কোন পরিস্থিতিতে তা চাইছি স্পষ্ট করা।

নীচের চারটি পরিস্থিতিতে আমি কী ধরনের চিকিৎসা সেবা চাইব অথবা চাইব না বলা হল। আমি চাই আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট, আমার পরিবার, আমার ডাক্তারেরা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারীরা, আমার বন্ধুবান্ধব সবাই এই নির্দেশগুলো জেনে রাখুন।

মৃত্যুমুখে:

আমার ডাক্তার এবং অন্য স্বাস্থ্য সেবার পেশাদার ব্যক্তি উভয়েই যদি বিচার করে দেখেন যে আমি আর বেশিক্ষণ বাঁচব না, এবং জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম মৃত্যুর সময়কে শুধু কিছুটা পিছিয়ে দেওয়া ছাড়া আর কিছুই করতে পারবে না (নীচের যেকোনও একটি বেছে নিন):

- আমি জীবনদায়ী চিকিৎসার সাহায্য চাই।
I want to have life-support treatment.
- আমি জীবনদায়ী সরঞ্জাম চাই না। সেসব যদি ইতিমধ্যেই চালানো হয়, আমি চাই তা বন্ধ করা হোক।
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- আমার ডাক্তার যদি বিশ্বাস করেন যে এই ধরনের সরঞ্জামে আমার শারীরিক উন্নতি হবে, তাহলে জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম চাই। কিন্তু এসবে যদি আমার স্বাস্থ্যের উপকার না হয় বা রোগের লক্ষণ দূর করা সম্ভব না হয়, তবে আমি চাই ডাক্তারবাবু যেন সেগুলো বন্ধ করে দেন।
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose one of the following):

কোমা অবস্থায় এবং আর জেগে ওঠা বা সুস্থ হয়ে ওঠার সম্ভাবনা না থাকা অবস্থায়:

আমার ডাক্তার এবং অন্য স্বাস্থ্য সেবার পেশাদার ব্যক্তি উভয়েই যদি বিচার করে দেখেন যে আমি কোমায় আচ্ছন্ন এবং আমার জেগে ওঠা বা সুস্থ হওয়ার আর কোনও সম্ভাবনা নেই, আমার মস্তিষ্কও ক্ষতিগ্রস্ত, জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম মৃত্যুর সময়কে শুধু কিছুটা পিছিয়ে দেওয়া ছাড়া আর কিছুই করতে পারবে না (নীচের যেকোনও একটি বেছে নিন):

- আমি জীবনদায়ী চিকিৎসার সাহায্য চাই
I want to have life-support treatment.
- আমি জীবনদায়ী সরঞ্জাম চাই না। সেসব যদি ইতিমধ্যেই চালানো হয়, আমি চাই তা বন্ধ করা হোক।
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- আমার ডাক্তার যদি বিশ্বাস করেন যে এই ধরনের সরঞ্জামে আমার শারীরিক উন্নতি হবে, তাহলে জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম চাই। কিন্তু এসবে যদি আমার স্বাস্থ্যের উপকার না হয় বা রোগের লক্ষণ দূর করা সম্ভব না হয়, তবে আমি চাই ডাক্তারবাবু যেন সেগুলো বন্ধ করে দেন।
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

খুব খারাপ ও স্থায়ীভাবে মস্তিষ্কের ক্ষতি হওয়া অবস্থা এবং ফের সুস্থ না হওয়ার আশঙ্কা:

আমার ডাক্তার এবং অন্য স্বাস্থ্য সেবার পেশাদার ব্যক্তি উভয়েই যদি বিচার করে দেখেন যে আমার মস্তিষ্ক খুব খারাপ ও স্থায়ীভাবে ক্ষতিগ্রস্ত (উদাহরণত, আমি চোখ খুলতে পারছি, কিন্তু কথা বলতে বা বুঝতে পারছি না) এবং আমার সুস্থ হওয়ার আর কোনও সম্ভাবনা নেই, জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম মৃত্যুর সময়কে শুধু কিছুটা পিছিয়ে দেওয়া ছাড়া আর কিছুই করতে পারবে না (নীচের যেকোনও একটি বেছে নিন):

- আমি জীবনদায়ী চিকিৎসার সাহায্য চাই
I want to have life-support treatment.
- আমি জীবনদায়ী সরঞ্জাম চাই না। সেসব যদি ইতিমধ্যেই চালানো হয়, আমি চাই তা বন্ধ করা হোক।
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- আমার ডাক্তার যদি বিশ্বাস করেন যে এই ধরনের সরঞ্জামে আমার শারীরিক উন্নতি হবে, তাহলে জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম চাই। কিন্তু এসবে যদি আমার স্বাস্থ্যের উপকার না হয় বা রোগের লক্ষণ দূর করা সম্ভব না হয়, তবে আমি চাই ডাক্তারবাবু যেন সেগুলো বন্ধ করে দেন।
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

এমন কোনও অবস্থায় যখন আমি চাই না আমাকে বাঁচিয়ে রাখা হোক:

যদি এমন কোনও অবস্থা হয় যখন আমি চাই না জীবনদায়ী চিকিৎসার মাধ্যমে আমাকে বাঁচিয়ে রাখা হোক, সেসব নীচে বর্ণনা করা হল। এই অবস্থায় আমার মনে হয় জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম ব্যবহারের খরচ ও তার বোঝা অত্যন্ত বেশি এবং আমার এই অবস্থায় এর কোনও উপকার নেই। সুতরাং, এই অবস্থায় আমি জীবনদায়ী সরঞ্জাম চাই না। (উদাহরণবশত, আপনি “এন্ড-স্টেজ কন্ডিশন” লিখতে পারেন। এর অর্থ হল যে, আপনার শারীরিক অবস্থার অবনতি ঘটেছে। আর কোনওভাবেই আপনি নিজের দায়িত্ব নিতে পারবেন না, মানসিক, শারীরিক, দুভাবেই। জীবনদায়ী চিকিৎসার সরঞ্জাম আপনাকে কোনওভাবেই আর সাহায্য করতে পারবে না। যদি অন্য কোনও অবস্থার বিষয়ে আর বলার কিছু না থাকে তবে দয়া করে ফাঁকা স্থানে কিছু লিখবেন না।)

পরের তিনটি ইচ্ছা আমার ব্যক্তিগত, ধর্মীয় ও আবেগসঞ্চারিত আকাঙ্ক্ষা। আমার কাছে এগুলো গুরুত্বপূর্ণ। আমার জীবনসময়ান্তে মর্যাদাপূর্ণ ব্যবহার আশা করি। ফলে ৩, ৪ ও ৫ নম্বর ইচ্ছায় যা লেখা আছে, আমি চাই সেগুলো যখন করা যাবে লোকে যেন তা পালন করে। আমি জানি যে আমার পরিবার, ডাক্তারেরা ও অন্য স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারীরা, আমার বন্ধুবান্ধব এবং অন্যান্যরা এসব নাও করতে পারেন বা আইনমারফিকও তাঁরা সেসব করতে বাধ্য নন। নিম্নলিখিত ইচ্ছাগুলো আমার ডাক্তার ও অন্য স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারীদের উপর নতুন বা অতিরিক্ত আইনগত দায়িত্ব হিসাবে চাপিয়ে দিতেও চাই না। একইসঙ্গে অবশ্য আমি এটাও চাই না যে, এসব ইচ্ছার অজুহাত দেখিয়ে আমার ডাক্তারেরা ও অন্য স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারীরা আমাকে যথাযথ আইনসম্মত সেবা থেকে বঞ্চিত করুন।

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

ইচ্ছা ৩ বা তৃতীয় ইচ্ছা 3 — WISH 3

আমি কতটা স্বচ্ছন্দ থাকতে চাই সেই ইচ্ছা .

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

আমি কতটা স্বচ্ছন্দ থাকতে চাই সেই ইচ্ছা .

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- আমি যন্ত্রণায় পড়ে থাকতে চাই না। আমি চাই ডাক্তার যেন আমাকে যন্ত্রণামুক্ত করতে যথেষ্ট ওষুধপত্রের ব্যবস্থা করেন। যদি তার অর্থ এই হয় যে, সাধারণত আমি যেমন থাকি, ওষুধের প্রভাবে তার চেয়ে অনেক বেশি বিমুনি বা ঘুম ঘুম পেলেও কিছু যায় আসে না।
- আমার আচরণে যদি মানসিক অবসাদ, বমি ভাব, নিঃশ্বাসের কষ্ট অথবা দৃষ্টিবিভ্রমের লক্ষণ দেখা যায়, আমি চাই আমার সাহায্যে শুশ্রূষাকারীরা যা পারবেন করুন।
- আমার জ্বর হলে মাথায় একটা ঠাণ্ডা ভেজা কাপড় রাখতে চাই।
- শুষ্কতা আটকাতে আমার ঠোঁট ও মুখ যেন ভেজা থাকে।
- আমি ঘনঘন গরম জলে স্নান করতে চাই। আমি সবসময় পরিষ্কার ও তাজা থাকতে চাই।
- আমি চাই যত ঘনঘন সম্ভব হয় আমাকে যেন উষ্ণ তেল মালিশ মালিশ করা হয়।
- আমি চাই যখনই সম্ভব তখন যেন আমার পছন্দের সঙ্গীত বাজে, আমার মৃত্যুর সময় অবধি।
- যতক্ষণ না ব্যথা বা অস্বস্তি বোধ করছি ততক্ষণ আমি দাড়ি কামানো, নখ কাটা, চুল আঁচড়ানো ও দাঁত মাজার মত ব্যক্তিগত সেবা চাই।
- আমি চাই আমার মৃত্যুকাল উপস্থিত হলে ধর্মের বই এবং জনপ্রিয় কবিতা যেন উঁচু স্বরে পড়া হয়।
- আমি সেবাশ্রমের বিকল্প ব্যবস্থাগুলো সম্পর্কে জানতে চাই যেখানে আমার ও আমার প্রিয়জনদের জন্য চিকিৎসা, আবেগ এবং আধ্যাত্মিক সেবা পাওয়া যায়।
- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my caregivers to do whatever they can to help me.
- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.
- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.
- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.
- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.
- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.
- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.
- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.
- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

ইচ্ছা ৪ বা চতুর্থ ইচ্ছা — WISH 4

লোকে আমার সঙ্গে কেমন ব্যবহার করবে সে সম্পর্কে আমার ইচ্ছা।

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(যেগুলোর সঙ্গে একমত হবেন না দয়া করে কেটে দিন)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- আমি চাই যখনই সম্ভব লোকজন যেন আমার কাছে থাকে। যখন এরকম পরিস্থিতি দেখা দেবে যে, যেকোনও সময় আমি মারা যেতে পারি, আমি চাই সেসময় আমার কাছে কেউ থাকুক।
- আমি চাই, এমনকী গলার আওয়াজ বা হাতের স্পর্শে আমি সাড়া দিতে না পারলেও যখনই সম্ভব হবে কেউ যেন আমার হাত ধরে কথা বলে।
- আমি চাই, যখনই সম্ভব হবে পাশে থেকে আমার জন্য যেন অন্যেরা প্রার্থনা করে।
- আমি চাই আমার অসুস্থতার খবর যেন আমার ধর্মগোষ্ঠীর সদস্যদের জানানো হয় এবং তাঁদের অনুরোধ করা হয় আমার জন্য প্রার্থনা করতে, আমাকে দেখে যেতে।
- আমি চাই আমাকে সহৃদয়তা ও হাসিখুশি পরিবেশে সেবায়ত্ন করা হোক, বিষন্ন হয়ে নয়।
- আমার প্রিয়জনদের ছবি আমি ঘরে, বিছানার কাছে রাখতে চাই।
- আমি যদি নিজের মলমূত্র ত্যাগের ক্ষমতা হারিয়ে ফেলি, তবে আমি চাই আমার জামাকাপড় ও বিছানাপত্র যেন পরিষ্কার রাখা হয়। এবং এসব নোংরা হওয়া যামাত্র যেন তা বদলানো হয়।
- আমি চাই যদি সম্ভব হয়, আমি যেন নিজের বাড়িতেই শেষ নিঃশ্বাস ত্যাগ করতে পারি।
- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.
- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.
- I wish to have others by my side praying for me when possible.
- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.
- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.
- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.
- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.
- I want to die in my home, if that can be done.

ইচ্ছা ৫ বা পঞ্চম ইচ্ছা — WISH 5

আমার ভালবাসার মানুষদের আমি যা জানাতে চাই .

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(যেগুলোর সঙ্গে একমত হবেন না দয়া করে কেটে দিন)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- আমার পরিবার, বন্ধুবান্ধবদের জানাতে চাই যে আমি তাদের ভালবাসি
- I wish to have my family and friends know that I love them.
- যতবার আমার পরিবার, বন্ধুদের আঘাত দিয়েছি, আমি চাই তার জন্য ওরা আমায় ক্ষমা করে দিক।
- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.
- আমি চাই আমার পরিবার, বন্ধুবান্ধব এবং অন্যরা জানুক যে তারা আমার সঙ্গে কোনও সময় খারাপ ব্যবহার করে থাকলে আমি তাদের ক্ষমা করে দিয়েছি।
- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.
- আমার পরিবার ও বন্ধুদের জানাতে চাই যে আমি মৃত্যুকে ভয় পাই না। আমি মনে করি এটাই শেষ নয়, বরং আমার জন্য নতুন শুভারম্ভ।
- I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.
- আমি চাই আমার মৃত্যুর আগে পরিবারের প্রত্যেকে যদি পারে নিজেদের মধ্যে শান্তি স্থাপন করুক।
- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.
- আমি চাই গুরুতর অসুস্থ হয়ে পড়ার আগে আমি যেমন ছিলাম সেটাই যেন আমার পরিবার ও বন্ধুরা ভাবে আমার মৃত্যুর পর সেভাবেই যেন ওরা আমায় মনে রাখে।
- I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.
- আমি চাই, আমার পরিবার, বন্ধুবান্ধব ও আমার সেবা শুশ্রূষাকারীরা আমার ইচ্ছাগুলোকে মর্যাদা দেয়, এমনকী সেগুলোর সঙ্গে একমত হতে না পারলেও।
- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.
- আমি চাই আমার পরিবার এবং বন্ধুরা আমার শেষ দিনগুলোকে প্রত্যেকের নিজেদের এবং আমারও বিকাশের সময় বলে দেখে। এর ফলে জীবনের শেষ সময়টুকু আমার কাছে অর্থবহ হয়ে উঠতে সাহায্য করবে।
- I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

• আমি চাই আমার মৃত্যু যদি আমার পরিবার ও বন্ধুদের দারুণ কষ্ট দেয় তবে তাঁরা যেন কাউন্সেলিংয়ের সাহায্য নেন। আমি চাই আমার জীবনের স্মৃতি তাদের আনন্দ দিক, দুঃখ নয়।

• I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

• আমি চাই, মৃত্যুর পর আমার শরীর যেন (যেকোনও একটিতে গোল দাগ দিন): কবর দেওয়া হয় অথবা পোড়ানো হয়।

• After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

• আমি চাই আমার শরীর অথবা অবশিষ্টাংশ নিম্নলিখিত এলাকায় রাখা হোক

• My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

• নিম্নলিখিত ব্যক্তি আমার অন্ত্যেষ্টিকালের ইচ্ছাগুলো জানেন:

• The following person knows my funeral wishes:

_____.

_____.

যদি কেউ জিজ্ঞাসা করে যে আমাকে লোকে কীভাবে মনে রাখবে, দয়া করে আমার সম্পর্কে নিম্নলিখিত লাইনগুলো বলবেন:
If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

আমার স্মৃতিরক্ষায় যদি কিছু করা হয়, তবে আমি চাই তাতে নিম্নলিখিত বিষয়গুলোও যেন থাকে (সঙ্গীত, গান, পাঠ অথবা আপনার অন্য কোনও বিশেষ অনুরোধ):

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(দয়া করে নীচের জায়গাটি অন্যান্য ইচ্ছার জন্য ব্যবহার করুন। যেমন, আপনার মৃত্যুর পর শরীরের কোনও অংশ বা সম্পূর্ণ অংশ দান করতে পারেন। আপনার আরও জায়গার দরকার হলে দয়া করে একটি আলাদা পৃষ্ঠা জুড়ে দিন।)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

পাঁচ ইচ্ছার ফর্ম স্বাক্ষর

Signing The Five Wishes Form

দয়া করে মনে রাখুন যে, দুজন সাক্ষীর উপস্থিতিতে আপনি আপনার পাঁচ ইচ্ছার ফর্মে সই করবেন।

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

আমি, _____, আবেদন করছি যে আমার পরিবার, আমার ডাক্তারেরা, এবং স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারীরা, আমার বন্ধুবান্ধব, অন্যান্য সবাই আমার ইচ্ছাগুলো অনুসরণ করবেন, যা আমার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট আপনাদের জানিয়ে দেবেন (যদি আমার এরকম কোনও এজেন্ট থাকেন এবং সেই পুরুষ বা মহিলা যদি সময় দিতে পারেন), অথবা এই ফর্মে অন্য কিছু যদি প্রকাশ করা হয়ে থাকে সেই মোতাবেক হবে। আমি যখন সিদ্ধান্ত গ্রহণ বা নিজের হয়ে কথা বলতে অপারগ হয়ে পড়ব, এই ফর্মটি তখনই বৈধ হবে। এই ফর্মটির কোনও অংশ যদি আইন মোতাবেক অনুসরণ করা না যায়, আমার অনুরোধ এর অন্য অংশগুলো যেন অনুসরণ করা হয়। একইসঙ্গে, এর আগে আমি কোনও স্বাস্থ্য সেবা সংশ্লিষ্ট অগ্রিম নির্দেশ দিয়ে থাকলে তা বাতিল করছি।

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

স্বাক্ষর Signature: _____

ঠিকানা Address: _____

ফোন Phone: _____ তারিখ Date: _____

সাক্ষীর বিবৃতি •

(২ জন সাক্ষী দরকার):

আমি, সাক্ষী, ঘোষণা করছি যে এই ফর্মটিতে যিনি স্বাক্ষর অথবা এটির প্রাপ্তি স্বীকার করেছেন (এর পর থেকে “ব্যক্তি”) তিনি ব্যক্তিগতভাবে আমার পরিচিত, যে তিনি পুরুষ/মহিলা এটি স্বাক্ষর বা প্রাপ্তি স্বীকার করেছেন [স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট এবং/অথবা লিভিং উইলের ফর্ম (গুলো)] আমার উপস্থিতিতে, এবং তিনি পুরুষ/মহিলা মনে হয় মানসিকভাবে সুস্থ এবং কোনও জ্বলুম, প্রতারণা, কিংবা অসংগত প্রভাবের অধীন নন।

আমি এও ঘোষণা করছি যে আমি ১৮ বছর অতিক্রান্ত এবং আমি নই:

- সেরকম কোনও ব্যক্তিবিশেষ (এজেন্ট/প্রক্সি/সারোগেট/রোগীর আইনজীবী/প্রতিনিধি) যাকে এই নথির দ্বারা নিযুক্ত করা হয়েছে বা আমি সেরকম পুরুষ/মহিলা কারুর কোনও উত্তরাধিকারী,
- এই ব্যক্তির স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারী, অথবা এই ব্যক্তির পরিচর্যা কখনও আবাসিক বা সমষ্টি সেবা সুবিধা, বা দীর্ঘকালীন স্বাস্থ্য সেবা সংস্থার মালিক কিংবা পরিচালক
- এই ব্যক্তির স্বাস্থ্য পরিচর্যার ব্যবস্থাপকের একজন কর্মচারী,
- এই ব্যক্তির স্বাস্থ্য সেবার জন্য আর্থিকভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত,
- এই ব্যক্তির জীবন ও স্বাস্থ্য বিমার জোগানদার সংস্থার একজন কর্মী,
- এই ব্যক্তির সঙ্গে রক্ত, বিবাহ, বা দত্তক হিসাবে সম্পর্কযুক্ত, এবং,
- আমার সবচেয়ে ভালভাবে জানামতে, এই ব্যক্তির একজন পাওনাদার অথবা তাঁর পুরুষ/মহিলার আইনসঙ্গতভাবে কার্যকর কোনও দলিল বা আইনি নথির দ্বারা তাঁর সম্পত্তির কোনও অংশের অধিকারী

(কে সাক্ষী হতে পারেন সে ব্যাপারে কোনও কোনও রাজ্যে অনেক কম নিয়মকানুন থাকতে পারে। আপনি যদি আপনার রাজ্যের নিয়মকানুন সম্পর্কে অবহিত না হন, তবে উপরের নিয়মগুলো মেনে চলুন।)

Witness Statement •

(2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

১ নম্বর সাক্ষীর সই #1 *Signature of Witness #1*

সাক্ষীর ছাপানো নাম *Printed Name of Witness*

ঠিকানা *Address*

ফোন *Phone*

২ নম্বর সাক্ষীর সই #2 *Signature of Witness #2*

সাক্ষীর ছাপানো নাম *Printed Name of Witness*

ঠিকানা *Address*

ফোন *Phone*

নোটারি দ্বারা প্রত্যয় • Notarization •

গুধু মিসৌরি, উত্তর ক্যারোলিনা, দক্ষিণ ক্যারোলিনা এবং পশ্চিম ভার্জিনিয়ার বাসিন্দাদের জন্য প্রয়োজন

Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- আপনি মিসৌরিতে বাস করলে শুধু আপনার স্বাক্ষরটি নোটারি দ্বারা প্রত্যয়িত হওয়া উচিত।
- আপনি উত্তর ক্যারোলিনা, দক্ষিণ ক্যারোলিনা বা পশ্চিম ভার্জিনিয়ার বাসিন্দা হলে আপনার নিজের ও সাক্ষীদের স্বাক্ষর নোটারির দ্বারা প্রত্যয়িত করিয়ে নিতে হবে।
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this _____ day of _____, 20____, the said _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

উইজকনসিনের বাসিন্দারা অবশ্যই, উইজকনসিনের নোটিশের বিরূতি, পাঁচ ইচ্ছার সঙ্গে জুড়ে দেবেন।

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

আরও তথ্য ও নোটিশের বিরূতি পাওয়া যাবে এই ঠিকানায় www.agingwithdignity.org.

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

ক্যালিফোর্নিয়া, কনেকটিকাট, ডেলাওয়ার, জর্জিয়া, নিউ ইয়র্ক, উত্তর ডাকোটা, দক্ষিণ ক্যারোলিনা এবং ভের্মন্টে অবস্থিত প্রতিষ্ঠানের বাসিন্দারা বিশেষ সাক্ষ্য আইন অনুসরণ করতে বাধ্য।

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

উপরে তালিকাভুক্ত রাজ্যগুলোর মধ্যে কোনও একটির অন্তর্ভুক্ত কোনও প্রতিষ্ঠানে আপনি যদি বসবাস করেন (কোনও নার্সিং হোম, লাইসেন্সপ্রাপ্ত অন্যান্য দীর্ঘকালীন সেবার সুবিধাযুক্ত সংস্থা, মানসিক প্রতিবন্ধী বা জড় বুদ্ধি কিংবা মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রতিষ্ঠান), তবে আপনার পাঁচ ইচ্ছাপত্রকে বৈধ করার জন্য আপনাকে বিশেষ “সাক্ষ্য আইন” মানতে হবে। আরও তথ্যের জন্য কোনও সমাজকর্মী বা আপনার প্রতিষ্ঠানের রোগীদের পরামর্শদাতার সঙ্গে দয়া করে যোগাযোগ করুন।

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

পাঁচ ইচ্ছার ফর্ম পূরণ করার পর আপনি যা করবেন

- নির্দেশে যেমন বলা হয়েছে সেভাবে নিজে ও সাক্ষীদের দিয়ে স্বাক্ষর করবেন। তারপরেই আপনার পাঁচ ইচ্ছা আইনসঙ্গত ও বৈধ হবে।
- আপনার স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট, পরিবারের সদস্যরা, এবং আপনার প্রতি যারা যত্নবান তাঁদের সঙ্গে আপনার ইচ্ছাগুলো নিয়ে কথা বলুন। আপনার পূর্ণাঙ্গ পাঁচ ইচ্ছার নকলগুলো তাঁদের দিন।
- যেখানে আপনি সই করেছেন সেই আসল কাগজটি নিজের বাড়িতে কোনও বিশেষ স্থানে রেখে দিন। কোনও সেফ ডিপজিট ব্যঞ্জে রাখবেন না। কাছাকাছি এমন জায়গায় রাখুন যে, আপনার যখন দরকার হবে সেসময় যেন খুঁজে পায়।
- নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের আমি আমার পূর্ণাঙ্গ পাঁচ ইচ্ছার কপি দিয়েছি:
- নীচের ওয়ালেট কার্ডটি পূরণ করুন। নিজের সঙ্গে রাখুন। এর ফলে লোকে জানতে পারবে আপনি আপনার পাঁচ ইচ্ছা কোথায় রেখেছেন।
- পরের বার অফিসে গেলে আপনার ডাক্তারের সঙ্গে কথা বলবেন। ডাক্তারকে আপনার পাঁচ ইচ্ছার একটি নকল দেবেন। আপনার স্বাস্থ্য সংশ্লিষ্ট তথ্যাবলী বা রেকর্ডে যেন এটি রাখা হয় তা নিশ্চিত হয়ে নেবেন। এও নিশ্চিত হয়ে নেবেন যে, আপনার ডাক্তার সেসব বুঝতে পেরেছেন ও তা মেনে নিতে তিনি রাজি।
- আপনি যদি কোনও হাসপাতাল বা নার্সিং হোমে ভর্তি হন, আপনার পাঁচ ইচ্ছার একটি কপি সঙ্গে নিয়ে যাবেন। সেটি আপনার মেডিক্যাল রেকর্ডের ভিতর রাখতে বলে দিন।
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

আপনার ভবিষ্যতের পরিকল্পনায় সাহায্য করার জন্য পাঁচ ইচ্ছাপত্র তৈরি করা হয়েছে। আইনগত পরামর্শ দেওয়া এর কাজ নয়। এর মাধ্যমে ভবিষ্যতের সবরকম প্রশ্নের উত্তর পাওয়া যাবে না। প্রত্যেক ব্যক্তিরই আলাদা, এবং প্রতিটি পরিস্থিতিও ভিন্ন। সময়ের সঙ্গে আইনও বদলায়। আপনার যদি কোনও বিশেষ প্রশ্ন বা সমস্যা থাকে, তবে পরামর্শের জন্য একজন ডাক্তারি বা কোনও আইন বিশেষজ্ঞের সঙ্গে কথা বলুন।

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

পাঁচ ইচ্ছার ওয়ালেট কার্ড

Important Notice to Medical Personnel:
I have a Five Wishes Advance Directive.

চিকিৎসা সম্পর্কিত ব্যক্তিদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ নোটিশ: আমার একটি পাঁচ ইচ্ছার আগাম নির্দেশপত্র, আছে।

Signature _____
Signature

Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:

দয়া করে এই নথিটি নিয়ে আলোচনা করুন এবং/অথবা সরকম জরুরি হলে আমার যত্ন সেবা এজেন্টের সঙ্গে কথা বলুন। আমার এজেন্ট হলেন:

Name _____
নাম

Address _____
ঠিকানা City/State/Zip শহর/রাজ্য/জিপ

Phone _____
ফোন

My primary care physician is:

আমার প্রধান চিকিৎসক হলেন:

Name _____
নাম

Address _____
ঠিকানা City/State/Zip শহর/রাজ্য/জিপ

Phone _____
ফোন

My document is located at:

আমার নথিটি রয়েছে এই স্থানে:

নিরাপদে রাখার জন্য কার্ড কেটে, ভাঁজ করে এবং ল্যামিনেট করে রাখুন।

পাঁচ ইচ্ছার সম্পর্কে লোকজন কী বলছে শুনুন:

“প্রায় এক বছর হতে চলল আমার মা মারা গিয়েছেন। তিনি কী চাইতেন আমরা জানতাম, কারণ তাঁর পাঁচ ইচ্ছার লিডিং দলিল ছিল। অবশেষে শেষ সময় যখন এল, আমাদের কী করতে হবে তা নিয়ে আমার ভাই ও আমাকে কোনও প্রশ্ন করতে হয়নি। আমরা মানসিকভাবে শান্তি পেয়েছি।”

Cheryl K.

শেরিল কে লংউড, ফ্লোরিডা

“আমি বলতে বাধ্য হচ্ছি যে আমি আপনাদের পাঁচ ইচ্ছাকে ভালবাসি। এটা স্পষ্ট, সহজে বোঝা যায়, এবং চিকিৎসা পরিষেবার খটোমটো বিষয়গুলো নিয়ে দীর্ঘদিন সময় নষ্ট করে না। তার বদলে আসল গুরুত্বপূর্ণ বিষয় - মানুষের সেবাকে গুরুত্ব দেয়া। আমি নিজের জন্য ও আমার স্বামীর জন্য এটা ব্যবহার করি।”

Susan W.

সুসান ডবলু ফ্ল্যাগস্টাফ, আরিজোনা

“আমার মায়ের জন্য আমাকে যেসব সিদ্ধান্ত নিতে হচ্ছিল, আমি চাই না আমার জন্য আমার ছেলেমেয়েদের সেসব করতে হোক। আগে একেবারেই জানতাম না যে, চিকিৎসার বিষয়ে এতরকম বিকল্প বিবেচনা করার সুযোগ রয়েছে। এরকম একটা স্পর্শকাতর ও যত্ন নিয়ে তৈরি করা ফর্মের জন্য ধন্যবাদ। আমি অতি সহজে এটা পূরণ করে ছেলেমেয়ের জন্য ফাইলে রেখে দিতে পারি।”

Diana W.

ডায়ানা ডবলু হ্যানোভার, ইলিনয়

পাঁচ ইচ্ছা নির্মাণ করেছে এজিং উইথ ডিগনিটি। এটি একটি অলাভজনক সংস্থা। যেসব মানুষ গুরুতর অসুস্থ, তারা যে ধরনের সেবা চান তার পরিকল্পনায় সাহায্য করার লক্ষ্যেই এই সংস্থার অভিযান চলিত। পাঁচ ইচ্ছার বিকাশ সম্ভব হয়েছে রবার্ট উড জনসন ফাউন্ডেশন থেকে পাওয়া একটি অনুদানের সাহায্যে।

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

1-888-594-7437

ফাইভ উইশেশ বা পাঁচ ইচ্ছার অনুবাদ সম্ভব হয়েছে
এই সংস্থার সহায়তার মাধ্যমে

Translations of Five Wishes made
possible through support from



United Health FoundationSM

পেশাদারি অনুবাদের ব্যবস্থা করেছে

Professional translation services provided by

Language Services Associates

ফাইভ উইশেশ হল এজিং উইথ ডিগনিটির ট্রেডমার্ক সমস্ত স্বত্ব সংরক্ষিত। এই প্রকাশনের বিষয়বস্তু এজিং উইথ ডিগনিটির কপিরাইট দ্বারা আবদ্ধ। এজিং উইথ ডিগনিটির লিখিত অনুমতি ছাড়া এই প্রকাশনের কোনও অংশ নকল করা বা কোনওরকমভাবে পাচার বা ওইজাতীয় কিছু করা, ইলেকট্রনিক বা মেকানিক্যাল, ফোটোকপি, রেকর্ডিং, অথবা কোনও তথ্য মঞ্জুর এবং তথ্য সংগ্রহ করা নিষিদ্ধ। এই প্রকাশনের বিষয়বস্তু কপিরাইট দ্বারা আবদ্ধ হলেও আপনার ডাকের, সেবা শুশ্রূষাকারী, স্বাস্থ্য সেবা এজেন্ট, পরিবারের সদস্য, অথবা অন্যান্য প্রিয়জনকে দেওয়ার কপি দেওয়ার জন্য এর ফোটোকপি করতে পারেন। এ ব্যতীত অন্য যেকোনও রকম প্রতিক্রম বা ব্যবহারের জন্য এজিং উইথ ডিগনিটির অনুমতি লাগবে। দু'নম্বর ইচ্ছার খসড়া তৈরির জন্য এজিং উইথ ডিগনিটি ধন্যবাদ জানাতে চায় অরিগন বাস্তু সিদ্ধান্তকে, এবং কেট ক্যালাহান, চার্লস সাবাতিনো ও টেরে সায়েন্সকে তাদের সাহায্যের জন্য।

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437