فائیو وشز

(پانچ خواہشات)®

FIVE WISHES®

میری خواہشات برائے:

1 وہ فرد جو اس وقت میری نگہداشت کے بارے میں فیصلہ کرے جب میں ایسا نہ کرسکوں

2 وہ طبی معالجہ جو میں چاہتا/ چاہتی ہوں یا نہیں چاہتا/ چاہتی ہوں۔

3 میں کتنا آرام دہ ہونا چاہتا/ چاہتی ہوں

4 میں لوگوں سے کیسا سلوک چاہتا /چاہتی ہوں

5 میں اپنے عزیزوں کو کیا بتانا چاہتا/ چاہتی ہوں

print your name — اپنا نام واضح الفاظ میں لکھیں

birthdate — تاریخ پیدائش

Urdu

READ ONLY

READ ONLY

فائیو وشز (پانچ خواہشات)

زندگی میں بہت سی ایسی چیزیں ہیں جو ہمارے اختیار سے باہر ہیں۔ فائیو وشز کا یہ کتابچہ آپ کو کچھ ایسی چیزوں پر قابو حاصل کرنے کا طریقہ بتاتا ہے جو بہت زیادہ اہم ہیں - اگر آپ شدید بیمار پڑجائیں تو آپ کا علاج کس طرح کیا جائے۔ یہ ایک آسانی سے بھرا جاسکنے والا فارم ہے جس کے ذریعہ آپ کو یہ بتانے کا موقع ملتا ہے کہ درحقیقت آپ کیا چاہتے ہیں۔ اسےموزوں طریقے سے بھرلینے اور دستخط کرنے کے بعد یہ زیادہ تر ریاستوں میں قانونی حیثیت اختیار کرلیتا ہے۔

فائیو وشز کیا ہیں؟

فائیو وشز زندگی میں کی جانے والی پہلی وصیت ہے جو آپ کی ذاتی، جذباتی اور روحانی ضروریات ساتھ ہی آپ کی طبی خواہشات کا اظہار کرتا ہے۔ یہ آپ کو اس فرد کا انتخاب کرنے کا موقع فراہم کرتا ہے جو آپ کے طبی فیصلے کرنے کا اہل نہ ہونے پر آپ کی جانب سے فیصلے کرسکے۔ فائیو وشز آپ کو یہ بتانے کا موقع فراہم کرتے ہیں کہ شدید بیماری کی صورت میں آپ کس طرح علاج کروانا چاہتے ہیں۔ اسے دی امریکن بار ایسوسی ایشن کے کمیشن برائے قانون و ضعیف العمری (کمیشن آن لاء اینڈ ایجنگ)، اور زندگی کے آخری ایام کی نگہداشت سے متعلق ملک کے سرکردہ ماہرین کی مدد سے تحریر کیا گیا تھا۔ اس کا استعمال بھی بہت آسان ہے۔ آپ کو صرف بکس کو نشان زد کرنا، کسی ہدایت پر دائرے کا نشان بنانا، یا چند جملے لکھنا ہے۔

فائیو وشزکیسے آپ اور آپ کے کنبے کی مدد کرتے ہیں

- یہ آپ کو اپنے کنبے، دوستوں اور ڈاکٹر کو یہ بتانےکا موقع فراہم کرتا ہے کہ شدید طور پر بیمار ہوجانے کی صورت میں آپ کس طرح اپنا علاج کروانا چاہتے ہیں۔
- آپ کے اہل خانہ کوخود سے اس بات کا اندازہ لگانے کی ضرورت نہیں پڑے کہ آپ کیا چاہتے ہیں۔ اس سے انہیں آپ کے شدید طور پر بیمار ہوجانے کی صورت میں تحفظ ملتا ہے، کیونکہ انہیں آپ کی خواہشات معلوم کیے بغیر مشکل فیصلے نہیں کرنا پڑیں گے۔
- آپ زندگی کے فائیو وشز (پانچ خواہشات) والی وصیت کے ذریعہ جان سکتے ہیں کہ آپ کی والدہ، والد، زوج، یا دوست کیا چاہتے ہیں۔ آپ ضرورت کے وقت ان کے پاس موجود ہوسکتے ہیں۔ آپ کو معلوم ہو گا کہ درحقیقت وہ کیا چاہتے ہیں۔

فائیو وشز کی ابتدا کیسے ہوئی

جم ٹوۓ نام کے ایک شخص 12 سال تک مدر ٹریسا کے ساتھ کام کرتے رہے، اور، وہ ایک سال تک ان کے ذریعہ واشنگٹن ڈی سی میں چلائے جارہے ایک مریض خانے میں رہے۔ اس براہ راست تجربے سے تحریک پا کر ، مسٹر ٹوۓ نے مریضوں اور ان کے خاندانوں کے لئے شدید بیماریوں سے نمٹنے کی پیشگی منصوبہ بندی کا ایک راستہ تلاش کیا۔ جس کے نتیجے میں فائیو وشز سامنے آئے اور اس کے نتائج حیران کن رہے ہیں۔ اسے CNN اور NBC کے ٹوڈے شو میں اور ٹائم اور منی میگزینوں کے صفحات پرجگہ ملی۔ اخبارات نے فائیو وشز کو ”دلی جذبے کے ساتھ زندگی کی پہلی وصیت “ کا نام دیا۔

READ ONLY

فائیو وشز کا استعمال کسے کرنا چاہئے

فائیو وشز 18 سال یا زیادہ کی عمر — شادی شدہ، کنوارے، والدین، بالغ بچے، اور دوست ہرکسی کے لئے ہیں۔ ہرعمر کے اسی لاکھ سے زائد امریکی اسے پہلے ہی استعمال کرچکےہیں۔ کیونکہ یہ اتنا موثر ہے کہ ، وکلاء ، ڈاکٹرز، اسپتال اور مریض خانے، مذہبی جماعتیں، ملازمین، اور سبکدوش لوگوں کے گروپ اس دستاویز کو ہاتھو ں ہاتھ لے رہے ہیں۔

فائیو وشز بیان کرتی ہیں

اگر آپ **ڈسٹرکٹ آف کولمبیا** یا ذیل میں بیان کردہ **40** ریاستوں میں رہتے ہیں تو، آپ فائیو وشز کا استعمال کرسکتے ہیں اور اس بات کا ذہنی اطیمنان حاصل کرسکتے ہیں کہ یہ قانون کے تحت آپ کی ریاست کے تقاضوں مکمل طور پرتکمیل کرتا ہے:

الاسکا	ایڈاہو	میسوری	رہوڈے آئی لینڈ
اریزونا	ایلینوائز	موٹنانا	ساؤتھ کیرولینا
ارکنساس	آیوا	نیبراسکا	ساؤتھ ڈکوٹا
کیلیفورنیا	لوئسیانا	نیو جرسی	ورمونٹ
کولوریڈو	مین	نیو میکسیکو	ٹینیسی
کنکٹیکٹ	میری لینڈ	نیو یارک	ورجینیا
ڈیلویرے	میسا چوسیٹس	نارتھ کیرولینا	واشنگٹن
فلوریڈا	مشی گن	نارتھ ڈکوٹا	ویسٹ ورجینیا
جارجیا	مینیسوٹا	اوکلا ہاما	وسکانسن
ہوائی	میسی سیپی	پینسلوانیا	ویومنگ

اگر یہاں بیان کردہ 40 ریاستوں میں آپ کی ریاست شامل نہیں ہے تو، فائیو وشز آپ کی ریاستی دستور کے تکنیکی تقاضوں سے ہم آہنگ نہیں ہے۔ لہذا آپ کی ریاست میں کچھ ڈاکٹر فائیو وشز کا احترام کرنے میں تامل کرسکتے ہیں۔ تاہم، ایسی ریاستوں کے بہت سے لوگ اپنی ریاست کے قانونی فارم کے ساتھ فائیو وشز کا فارم مکمل کرتے ہیں جو اس فہرست میں نہیں ہیں۔ وہ محسوس کرتے ہیں کہ فائیو وشز ان کی تمام تمناؤں کو ظاہر کرنے میں مدد کرتا ہے اور اہل خانہ، دوستوں، دیکھ بھال کرنے والوں اور ڈاکٹروں کے لئے معاون رہنما کا کام کرتا ہے۔ زیادہ تر ڈاکٹر اور نگہداشت صحت سے متعلق پیشہ ور افراد جانتے ہیں کہ اس بات سے قطع نظر کہ آپ کا طریقہ اظہار کیا ہے، ا نہیں آپ کی خواہشات معلوم کرنے کی ضرورت ہے۔

میں کس طرح فائیو وشز میں منتقل ہوسکتا ہوں؟

ہوسکتا ہے کہ آپ کے پاس پہلے سے ہی نگہداشت صحت کے لئے زندہ وصیت یا مستقل مختار نامہ موجود ہو۔ اگر آپ اس کی جگہ پر فائیو وشز کا استعمال کرنا چاہتے ہیں تو، آپ کو صرف یہ کرنا ہے کہ فائیو وشز کا نیا فارم ہدایت کے مطابق بھریں اور اس پر دستخط کریں، یہ آپ کے ذریعہ پہلے دی گئی ہدایات کی جگہ لے لیتا ہے۔ یہ یقینی بنانے کے لئے کہ درست فارم استعمال کیا جائے براہ کرم درج ذیل کریں:

- نگہداشت صحت سے متعلق اپنی تمام پہلے سے موجودہ، زندہ وصیتوں یا مستقل مختارنامے کی کاپیاں ضائع کردیں۔ یا آپ اپنے پاس موجود کاپیوں پر بڑے حروف میں "Revoked" (منسوخ) لکھ سکتے ہیں۔ اگر آپ کے وکیل نے ان پرانے فارموں کو مکمل کرنے میں آپ کی مدد کی ہے تو انہیں بھی مطلع کر دیں۔ اور
- اپنی نگہداشت صحت سے متعلق ایجنٹ (ہیلتھ کیئر ایجنٹ)، اہل خانہ، اور ڈاکٹر بھی مطلع کر دیں کہ آپ نے نئے فائیو وشز تیار کرلیے ہیں۔ یہ یقینی بنائیں کہ انہیں آپ کی نئی خواہشات کے بارے میں معلوم ہو جائے۔

READ ONLY

WISH 1 — 1 خواہش

وہ فرد جو اس وقت میری نگہداشت کے بارے میں، میری جانب سے فیصلہ کرے جب میں ایسا نہ کرسکوں۔

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

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.

اگر میں اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں خود فیصلے کرنے کا اہل نہ رہوں تو، یہ فارم اس فرد کو نامزد کرتا ہے جسے میں نے اپنے لیے انتخاب کرنے کے لئے چنا ہے۔ یہ فرد میری نگہداشت صحت کا ایجنٹ (یا کوئی دوسری اصطلاح جو میری ریاست میں استعمال ہوتی ہو، جیسے مختار، نمائندہ، یا قائم مقام) ہوگا۔ ذیل کی دو باتیں واقع ہونے کی صورت میں یہ فرد میری نگہداشت صحت سے متعلق انتخابات کرے گا:

- *اگر میرے علاج کرنے والے ڈاکٹر کی رائے کے مطابق میں نگہداشت صحت سے متعلق فیصلے کرنے کے قابل نہ رہوں، اور*
- *دوسرے نگہداشت صحت سے متعلق دوسرے پیشہ ور افراد اس بات سے اتفاق کریں کہ یہ درست ہے۔*

اگر میری ریاست میں اس نتیجے پر پہنچنے کے لئے کسی اور طریقے پر عمل کیا جاتا ہے، کہ میں اپنی نگہداشت صحت سے متعلق فیصلے کرنے کے قابل نہیں ہوں تو میری ریاست کے طریقے پر عمل کیا جائے گا۔

اپنی نگہداشت صحت کے ایجنٹ کے طور پر درست شخص کا انتخاب کرنا

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

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.

کسی ایسے فرد کو چنیں جو آپ کو بہت اچھی طرح جانتا ہو، آپ کا خیال رکھتا ہو، اور جو دشوار فیصلےکرسکتا ہو۔ شریکِ حیات یا اہل خانہ بہتر انتخاب نہیں بھی ہوسکتے ہیں کیونکہ وہ بہت زیادہ جذباتی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی وہ بہتر انتخاب ہوتے ہیں۔ اس سلسلے میں آپ زیادہ بہتر فیصلہ کرسکتے ہیں۔ کسی ایسے فرد کو چنیں جو آپ کے لئے عمل کرنے کے قابل ہو تاکہ آپ کی خواہشات کی تکمیل ہو سکے۔ ساتھ ہی، کسی ایسے شخص کا انتخاب کریں جو قریب رہتا ہو، تاکہ **وہ** بوقت ضرورت آپ کی مدد کرسکے۔ خواہ آپ اپنے زوج،، اہل خانہ، یا دوست کو اپنی نگہداشت صحت کا ایجنٹ چنیں، یہ یقینی بنائیں کہ آپ ان سے ان خواہشات کے بارے میں بات کریں اوراس امر کا اطیمنان کریں کہ وہ فرد آپ کی خواہشات کی تکمیل اور احترام کرنے پر آمادہ ہے۔ آپ کی نگہداشت صحت کے ایجنٹ کی عمر **کم از کم 18 سال یا زیادہ** ہونی چاہئے (کولوریڈو میں 21 سال یا زیادہ) اور اسے درج ذیل نہیں ہونا چاہئے:

- آپ کو نگہداشت صحت فراہم کرنے والا، بشمول آپ کو خدمات فراہم کرنے والے صحت یا رہائشی یا اجتماعی نگہداشت کے ادارے کا مالک یا کارندہ۔
- آپ کو نگہداشت صحت فراہم کرنے والے کا/کی ملازم یا ملازم کا/کی شریک حیات .
- 10 یا زیادہ لوگوں کے ایجنٹ یا مختار کے طور پر کام کررہا ہو تاوقتیکہ وہ آپ کا/کی زوج یا قریبی رشتے دار نہ ہو۔

READ ONLY

READ ONLY

وہ فرد جسے میں اپنے نگہداشت صحت کے ایجنٹ کے بطور منتخب کرتا ہوں،یہ ہے:
The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

First Choice Name پسند کا پہلا نام

Address پتہ

City/State/Zip شہر / ریاست / ژپ

Phone فون

اگر یہ فرد میرے لیے یہ انتخابات کرنے کے قابل نہ ہو یا نہ کرنا چاہے ، یا اسے طلاق ہو جائے یا مجھ سے قانونی طور پر الگ ہو جائے، یا اس فرد کا انتقال ہو جائے، تو درج ذیل افراد میری اگلی پسند ہونگے:

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:

Second Choice Name پسند کا دوسرا نام

Address پتہ

City/State/Zip شہر / ریاست / ژپ

Phone فون

Third Choice Name پسند کا تیسرا نام

Address پتہ

City/State/Zip شہر / ریاست / ژپ

Phone فون

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

اگر میں نگہداشت صحت کا ایجنٹ رکھنے کے سلسلے میں اپنا فیصلہ تبدیل کرلیتا ہوں تو، میں درج ذیل کروں گا/گی۔

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- فائیو وشز کے فارم کے اس حصے کی تمام کاپیاں ضائع کردوں گا/گی۔ *یا*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- کسی، جیسے اپنے ڈاکٹر یا کنبے، سے کہوں گا/ گی کہ میں اپنی نگہداشت صحت کے ایجنٹ کو منسوخ یا تبدیل کرنا چاہتا/چاہتی ہوں۔ *یا*
- 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.
- ہر اس ایجنٹ کے نام پر بڑے حروف میں “Revoked” (منسوخ) لکھ دوں گا/گی جس کے اختیار کو میں منسوخ کرنا چاہوں۔ میں اس صفحے پر اپنے دستخط کروں گا/گی ۔

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.)**	میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ نگہداشت صحت سے متعلق ایجنٹ میرے لئے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلے کر سکتا ہے۔ میں چاہتا/ چاہتی ہوں کہ میرا ایجنٹ درج ذیل کر سکے: **(براہ کرم ذیل میں درج کسی ایسی چیز کو کاٹ دیں جس کے بارے میں آپ اپنے ایجنٹ کو اختیار نہیں دینا چاہتے۔)**
• 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.	• میری طبی نگہداشت اور خدمات، جیسے طبّی جانچیں، دوائیندوائیں، یا سرجری کے بارے میں انتخاب کرے۔ یہ نگہداشت یا خدمت میرے صحت سے متعلق مسئلے کی تشخیص، یا اس کے علاج کے بارے میں ہوسکتی ہے۔ اس میں مجھے زندہ رکھنے سے متعلق نگہداشت بھی شامل ہوسکتی ہے۔ اگر علاج یا نگہداشت شروع ہوچکی ہو تو، میری نگہداشت صحت کا ایجنٹ اسے جاری رکھ سکتا یا روک سکتا ہے۔
• 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.	• اس فارم پر یا کسی دیگر گفتگو کے دوران میرے ذریعہ دی گئی ہدایات کی وضاحت، میری نگہداشت صحت کے ایجنٹ کی، میری خواہشات اور اقدار سے متعلق سمجھ کے مطابق کی جائے۔
• 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.	• میرے لئے ایک اعانت یافتہ رہائشی سہولت ، ہسپتال، مریض خانے، یا نرسنگ ہوم میں داخلے کی رضامندی۔ میری نگہداشت صحت کا ایجنٹ، صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کسی قسم کے کارکن کی خدمات حاصل کرسکتا ہے اور ضرورت پڑیے پر اسکی خدمات ختم بھی کر سکتا ہے۔
• 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.	• مجھے زندہ رکھنے کے لئے طبی معالجے ، بشمول مصنوعی طور پر غذائیں اور پانی دینے، اور کسی دیگر معالجے کے بارے میں درخواست کرنے یا اسے ہٹانے یا نہ دینے کا فیصلہ کرسکتا ہے۔
• 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.	• میرا طبی ریکارڈ دیکھے اور اسے جاری کرنے کی منظوری دے۔ اگر مجھے ان میں سے کوئی فائل حاصل کرنے کے لئے اپنے دستخط کرنے ہوں تو، میری نگہداشت صحت کا ایجنٹ میری جانب سے دستخط کرسکتا ہے۔
• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.	• مجھے درکار معالجے کے لئے یا میری خواہشات کی تکمیل کے لئے مجھے دوسری ریاست میں لے جاسکے۔
• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.	• درد میں افاقے کے لئےدی جانے والی کسی دوا یا طریقہ کار کی اجازت دے یا اسے مسترد کرے۔
• Take any legal action needed to carry out my wishes.	• میری خواہشات کی تکمیل کے لئے ضروری کوئی قانونی کارروائی کرے۔
• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.	• میرے ایسے قابل استعمال اعضاء یا نسیج (ٹشوز) عطیہ دے سکے جس کی قانونی طور پر اجازت ہو۔
• 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.	• میری جانب سے میڈیکیئر، میڈیکیڈ، یا دیگر پروگراموں یا انشورنش مفادات کے لئے درخواست دے۔ میری نگہداشت صحت سے متعلق ایجنٹ ان فارموں کو بھرنے کے لئے ضروری معلومات حاصل کرنے کے لئے، میری ذاتی فائلیں دیکھ سکتا ہے، جیسے بینک ریکارڈز۔
• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.	• ذیل میں میری نگہداشت صحت کے ایجنٹ کے اختیارات میں کسی قسم کی تبدیلی، اضافے یا پابندیاں درج ہیں۔

____

____

____

READ ONLY

WISH 2 — خواہش 2

اس طبی معالجہ کی قسم کے بارے میں میری خواہش جو میں چاہتا/ چاہتی ہوں یا نہیں چاہتا/ چاہتی ہوں۔

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

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.

مجھے یقین ہے کہ میری زندگی قیمتی ہے اور میں باوقار سلوک کا/ کی مستحق ہوں۔ جب ایساوقت آئے کہ میں بہت زیادہ بیمار ہوجاؤں اور اپنے لئے بولنے کے قابل نہ رہوں تو، میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میری درج ذیل خواہشات، اور ان دیگر ہدایات کا احترا م اور پابندی کی جائے جو میں نے اپنی نگہداشت صحت کے ایجنٹ کو دی ہیں۔

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

آپ کو میرے نگران صحت ہونے کی حیثیت سے کس بات کا خیال رکھنا چاہئے

- 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.
- میں درد برداشت نہیں کرنا چاہتا/چاہتی۔ میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرا ڈاکٹر میرے درد کو ختم کرنے کے لئے مناسب دوائیں دے، ایسی صورت میں بھی کہ مجھے غنودگی آجائے یا میں معمول سے زیادہ وقت تک سویا/سوئی رہوں۔
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- میں نہیں چاہتا/ چاہتی کہ میرے ڈاکٹر یا نرسیں کوئی بھی ایسا عمل کریں یا بھول جائیں جس سے میری زندگی کوخطرہ ہو۔
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.
- میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ مجھے منہ سے کھانا اور پینے کی چیزیں دی جائیں، اور مجھے صاف ستھرا اور گرم رکھا جائے۔

کسی ہنگامی صورتحال میں

In Case Of An Emergency

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.

اگر آپ کو ہنگامی طبی صورتحال کا سامنا ہو اور ایمبولینس والے آتے ہیں تو وہ اس بات کا جائزہ لے سکتے ہیں کہ آیا آپ کے پاس **سانس بحال کرنے کی کوشش نہ کریں** کا فارم یا بریسلیٹ (کڑا) ہے۔ بہت سی ریاستوں میں ایک ایسے فرد کی ضرورت ہوتی ہے جس کے پاس **سانس بحال کرنے کی کوشش نہ کریں** کا بھرا ہوا اور ڈاکٹر کا دستخط کردہ فارم ہو۔ اس فارم سے ایمبولینس والوں کو معلوم ہوجاتا ہے کہ آپ نہیں چاہتے کہ وہ آپ کو مرتے وقت زندگی کے لئے معاون معالجہ فراہم کریں۔ براہ کرم اپنے ڈاکٹر سے معلوم کریں کہ آیا آپ کو **سانس بحال کرنے کی کوشش نہ کریں** کافارم بھرنے کی ضرورت ہے۔

READ ONLY

What "Life-Support Treatment" Means To Me

"زندگی کے لئے معاون معالجے" کا میرے لئے کیا مفہوم ہے

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.

زندگی کے لئے معاون معالجے کا مطلب مجھے زندہ رکھنے کے لئے استعمال کیا جانے والاکوئی طبی طریقہ کار، آلہ یا دوا ہے ۔ زندگی کے لئے معاون معالجے میں شامل ہے: مجھے سانس لینے میں مدد کے لئے میرے اندر ڈالا جانے والا کوئی طبی آلہ؛ طبی آلے کے ذریعہ فراہم کی جانے والی غذا یا پانی (ٹیوب کے ذریعہ غذا دینا)؛ کارڈیو پلمونری ریسوسیٹیشن (CPR)؛ بڑی جراحی (سرجری)؛ خون دینا؛ ڈائلاسس، اینٹی بایوٹکس؛ اور کوئی ایسی چیز جو مجھے زندہ رکھنے کے لئے ہو۔ اگر میں اپنی مذہبی یا ذاتی عقائد کی بنا پر، زندگی کے لئے معاون معالجے کے مفہوم کو محدود کرنا چاہوں تو، میں ان حدود کو ذیل کی خالی جگہ میں لکھوں گا۔ میں ایسا اس بات کو پوری طرح واضح کرنے کے لئے کر رہا ہوں کہ میں کن حالات میں اور کیا چاہتا ہوں۔

____

____

____

____

____

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.

یہاں ایسے طبی معالجے کی قسم بتائی جارہی ہے جسے میں ذیل کے چار حالات میں استعمال کرنا چاہتا/چاہتی یا نہیں چاہتا/ چاہتی ہوں۔ میں اپنی نگہداشت صحت کے ایجنٹ، اپنے کنبے، اپنے ڈاکٹر اور خدمات صحت فراہم کرنے والے دیگر لوگوں، اپنے دوستوں اور دیگر تمام لوگوں کو ان ہدایات کے بارے میں بتانا چاہتا ہوں۔

Close to death:

قریب المرگ:

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):

اگر میرے ڈاکٹر اور نگہداشت صحت سے متعلق دیگر پیشہ ور افراد، دونوں یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ کچھ ہی وقفے کے اندر میری جان جانے کا امکان ہے، اور زندگی کے لئے معاون معالجہ صرف میری موت کے وقت کو مؤخر کرسکتا ہے تو (ذیل میں سے ایک کا انتخاب کریں):

❑ **میں زندگی کے لئے معاون معالجہ چاہتا/چاہتی ہوں۔**
I want to have life-support treatment.

❑ **میں زندگی کے لئے معاون معالجہ نہیں چاہتا/چاہتی ہوں۔ اگر اسے شروع کردیا گیا ہو تو میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اسے بند کردیا جائے۔**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

❑ **میں ایسی صورت میں زندگی کے لئے معاون معالجہ چاہتا/چاہتی ہوں اگر میرے ڈاکٹر کو یہ یقین ہو کہ اس سے مدد مل سکتی ہے۔ لیکن میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اگر زندگی کے لئے معاون معالجہ سے میر ی صحت کی صورتحال یا علامات میں بہتری نہ آئے تو میرا ڈاکٹر اسے روک دے۔**
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.

READ ONLY

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

کوما کی حالت میں اور جاگنے یا افاقہ ہونے کا امکان نہ ہو:

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):

اگر میرے ڈاکٹر اور نگہداشت صحت سے متعلق دیگر پیشہ ور افراد، دونوں یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ میں کوما میں ہوں جس سے جاگنے یا افاقہ ہونے کا امکان نہیں ہے، اور اگر میرے دماغ کو نقصان پہنچا ہو اور زندگی کے لئے معاون معالجہ صرف میری موت کے وقت کو ٹال سکتا ہو تو (ذیل میں سے کسی ایک کا انتخاب کریں):

❑ **میں زندگی کے لئے معاون معالجہ چاہتا/ چاہتی ہوں۔**
I want to have life-support treatment.

❑ **میں زندگی کے لئے معاون معالجہ نہیں چاہتا/چاہتی ہوں۔ اگر اسے شروع کردیا گیا ہو تو میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اسے بند کردیا جائے۔**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

❑ **میں ایسی صورت میں زندگی کے لئے معاون معالجہ چاہتا ہوں اگر میرے ڈاکٹر کو یہ یقین ہو کہ اس سے مدد مل سکتی ہے۔ لیکن میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اگر زندگی کے لئے معاون معالجہ سے میر ی صحت کی صورتحال یا علامات میں بہتری نہ آئے تو میرا ڈاکٹر اسے روک دے۔**
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.

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

دماغ کو مستقل اور شدید نقصان اور اس سے افاقہ ہونے کا امکان نہ ہو:

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):

اگر میرے ڈاکٹر اور نگہداشت صحت سے متعلق دیگر پیشہ ور افراد، دونوں یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ میرے دماغ کو مستقل اور شدید نقصان پہنچا ہے، (مثال کے طور پر میں اپنی آنکھیں کھول سکتا/سکتی ہوں، لیکن میں بول یا سمجھ نہیں سکتا/سکتی) اور میرے ٹھیک ہونے کی توقع نہیں ہے، اور زندگی کے لئے معاون معالجہ صرف میری موت کے وقت کو ٹال سکتا ہو تو (ذیل میں سے کسی *ایک* کا انتخاب کریں):

❑ **میں زندگی کے لئے معاون معالجہ چاہتا/ چاہتی ہوں۔**
I want to have life-support treatment.

❑ **میں زندگی کے لئے معاون معالجہ نہیں چاہتا/چاہتی ہوں۔ اگر اسے شروع کردیا گیا ہو تو میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اسے بند کردیا جائے۔**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

❑ **میں ایسی صورت میں زندگی کے لئے معاون معالجہ چاہتا ہوں اگر میرے ڈاکٹر کو یہ یقین ہو کہ اس سے مدد مل سکتی ہے۔ لیکن میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اگر زندگی کے لئے معاون معالجہ سے میر ی صحت کی صورتحال یا علامات میں بہتری نہ آئے تو میرا ڈاکٹر اسے روک دے۔**
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.

READ ONLY

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.)

کوئی دیگر صورتحال جس میں، میں زندہ رکھا جانا نہیں چاہتا ہوں:

اگر کوئی ایسی صورتحال ہو جس کے تحت میں زندگی کے لئے معاون معالجہ حاصل نہ کرنا چاہوں تو، میں اسے ذیل میں بیان کروں گا/گی۔ میرے خیال میں، ایسی صورتحال میں زند گی کے لئے معاون معالجے کے اخراجات اور بوجھ بہت زیادہ ہو جائیں گے اور اس سے مجھے کوئی فائدہ حاصل نہیں ہوگا۔ لہذا، ایسی صورتحال میں، میں زندگی کے لئے معاون معالجہ نہیں چاہتا/چاہتی ہوں۔ (مثال کے طور پر، آپ "آخری مرحلے کی حالت۔" اس کا مطلب ہوگا کہ آپ کی صحت بہت زیادہ خراب ہوچکی ہے۔ آپ ذہنی یا جسمانی طور پر اپنی دیکھ بھال کے اہل نہیں رہے ہیں۔ زندگی کے لئے معاون معالجہ آپ کی بحالی صحت میں معاون نہیں ہوگا۔ اگر آپ کی مزید کوئی دیگر شرط نہ ہو تو براہ کرم اس جگہ کو خالی چھوڑ دیں۔)

____

____

____

____

____

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.

اگلی تین خواہشات میری ذاتی، روحانی اور جذباتی خواہشات سے متعلق ہیں۔ یہ میرے لئے اہم ہیں۔ میں چاہتا/ چاہتی ہوں کہ زندگی کے آخری لمحات میں میرے ساتھ باوقار سلوک کیا جائے، لہذامیری تمنا ہے کہ جب بھی ممکن ہو لوگ میری خواہشات 3، 4 اور 5 میں لکھی باتوں پرعمل کریں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرا کنبہ، میرے ڈاکٹر اور نگہداشت صحت فراہم کرنے والے دیگر لوگ ان باتوں پرعمل کرنے کے قابل نہیں بھی ہوسکتے ہیں یا ان پر ان کی انجام دہی کی قانونی ذمہ داری نہیں ہے۔ میں اس بات کی توقع نہیں کرتا/ کرتی ہوں کہ درج ذیل خواہشات کےسبب میرے ڈاکٹر یا نگہداشت صحت کے دیگر فراہم کنندگان پر کسی قسم کی نئی یا اضافی قانونی ذمہ داری عائد کی جائے۔ میں اس بات کی بھی توقع نہیں کرتا/کرتی ہوں کہ ان خواہشات کے سبب میرے ڈاکٹر یا نگہداشت صحت کے دیگر فراہم کنندگان کو مجھے قانون کے تحت مطلوب موزوں نگہداشت فراہم کرنے سے استثناء حاصل ہوگا۔

READ ONLY

WISH 3 — 3 خواہش

مجھے کس طرح آرام ملنا چاہئے، اس سلسلے میں میری خواہش۔

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Please cross out anything that you don't agree with.) **(براہ کرم ایسی کسی چیز کو کاٹ دیں جن سے آپ متفق نہ ہوں۔)**

• 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.	• میں درد برداشت نہیں کرنا چاہتا/چاہتی۔ میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرا ڈاکٹر میرے درد کو ختم کرنے کے لئے مناسب دوائیں دے، ایسی صورت میں بھی کہ مجھے غنودگی آجائے یا میں معمول سے زیادہ وقت تک سویا/سوئی رہوں۔
• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.	• اگر مجھ میں اضمحلال، متلی (غثیان)، سانس میں تنگی، یا خفقان (فریب نظر) کی علامات نظر آئیں تو میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ مجھے نگہداشت فراہم کرنے والے میری مدد کی ہرممکن کوشش کریں۔
• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اگر مجھے بخار ہوجائے تو میرے سر پر ٹھنڈا نم کپڑا رکھا جائے۔
• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.	• چاہتا/چاہتی ہوں کہ خشکی کو روکنے کے لئے میرے منہ اور ہونٹوں کو نم آلود رکھا جائے۔
• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.	• میں زیادہ تر گرم غسل لینا چاہوں گا/گی۔ میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ مجھے ہروقت صاف ستھرا رکھا جائے۔
• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ جب جب چاہوں گرم تیل سے میری مالش کی جائے۔
• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اگر ممکن ہو تو میری موت کے وقت تک میری پسندیدہ موسیقی چلائی جائے۔
• 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.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اس وقت تک میری شیونگ، ناخن تراشی، بالوں میں کنگھا، اور دانتوں میں برش جیسی ذاتی نگہداشت کے اعمال انجام دیے جائیں جب تک ان سے مجھے درد یا بے آرامی نہ ہو۔
• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ حالتِ نزع میں میرے سامنے مذہبی کتابیں اورتصوفانہ غزلیں پڑھی جائیں۔
• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.	• میں خود اپنے لئےاور اپنے عزیزوں کے لئے مریض خانے کی نگہداشت میں طبی، جذباتی اور روحانی نگہداشت کی فراہمی سے متعلق انتخابات کے بارے میں جاننا چاہتا ہوں۔

READ ONLY

WISH 4 — 4 خواہش

اپنے ساتھ لوگوں کے سلوک

My Wish For How I Want People To Treat Me.

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

(براہ کرم ایسی کسی چیز کو کاٹ دیں جن سے آپ متفق نہ ہوں۔)

English	اردو
• 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.	• میری خواہش ہے کہ جب بھی ممکن ہو لوگ میرے پاس آئیں۔ میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ جب کسی بھی وقت موت آنے کا امکان ہو تو کوئی میرے پاس موجود ہو۔
• 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.	• میری خواہش ہے کہ جب بھی ممکن ہو میرا ہاتھ پکڑے رکھا جائے اور مجھ سے باتیں کی جائیں، ایسی صورت میں بھی جب کہ یہ محسوس ہونے لگے کہ میں دوسروں کی باتوں یا لمس کا جواب نہیں دے رہا/ رہی ہوں۔
• I wish to have others by my side praying for me when possible.	• میری خواہش ہے کہ جب بھی ممکن ہو لوگ میرے قریب آکر میرے لئے دعا کریں۔
• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرے مذہبی برادری کے لوگوں کو میری بیماری کے بارے میں بتا دیا جائے اور ان سے میرے لئے دعا کرنے اور مجھ سے ملاقات کی درخواست کی جائے۔
• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.	• میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میری نگہداشت غمزدہ ہوکر کرنے کی بجائے ہمدردی اور احتیاط کے ساتھ کی جائے۔
• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.	• میں اپنے کمرے میں بستر کے قریب اپنے عزیزوں کی تصویریں رکھنا چاہتا/چاہتی ہوں۔
• 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.	• اگر میں اپنے پیشاب پاخانے پر قابو نہ رکھ سکوں تو، میری خواہش ہے کہ میرے کپڑے اور بستر کی چادروں کو صاف رکھا جائے اور انہیں گندہ ہونے کے بعد جتنی جلدی ہوسکے تبدیل کردیا جائے۔
• I want to die in my home, if that can be done.	• اگر ممکن ہو تو، میں اپنے گھر میں جان دینا چاہتا/چاہتی ہوں۔

READ ONLY

WISH 5 — خواہش 5

میرے عزیزوں کو کیا جاننا چاہئے، اس سلسلے میں میری خواہش۔

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

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

(براہ کرم ایسی کسی چیز کو کاٹ دیں جن سے آپ متفق نہ ہوں۔)

• I wish to have my family and friends know that I love them.	میری خواہش ہے کہ میرے عزیزوں اور دوستوں کو معلوم ہو کہ میں ان سے محبت کرتا / کرتی ہوں۔ •
• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.	میری خواہش ہے کہ مجھے ان تمام اوقات کے لئے معاف کردیا جائے جب میں نے اپنے کنبے، دوستوں، اور دیگر لوگوں کو دکھ پہنچایا تھا۔ •
• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.	میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرا کنبہ، دوست اور دیگر لوگوں کو معلوم ہو جائے کہ میں نے انہیں ان اپنی زندگی کے ان تمام لمحات کے لئے معاف کردیا ہے جب انہوں نے مجھے دکھ پہنچایا تھا۔ •
• 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.	میں اپنے کنبے اور دوستوں کو بتانا چاہتا/چاہتی ہوں کہ مجھے موت کا خوف نہیں ہے۔ میرے خیال میں یہ خاتمہ نہیں، بلکہ میرے لئے نیا آغاز ہے۔ •
• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.	میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ اگر ممکن ہو تو میرے اہل خانہ میری موت سے پہلے ایک دوسرے کے ساتھ صلح کرلیں۔ •
• 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.	میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرا کنبہ اور دوست یہ سوچیں کہ میں شدید بیمار پڑنے سے پہلے کیا تھا/تھی۔ میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ وہ میری موت کے بعد مجھے اسی صورت میں یاد رکھیں۔ •
• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.	میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرا کنبہ اور دوست اور نگہداران ایسی صورت میں بھی میری خواہشات کا احترام کریں اگر وہ اس سے متفق نہ ہوں۔ •
• 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.	میری خواہش ہے کہ میرے اہل خانہ اور دوست میری موت کو ہر ایک لئے، بشمول مجھے، بہتری کا وقت سمجھیں۔ اس سے مجھے اپنے آخری وقت میں بامعنی زندگی جینے میں مدد ملے گی۔ •

READ ONLY

- 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.

- میری خواہش ہے کہ اگر میری موت کی وجہ سے میرے کنبے اور دوستوں کو کوئی پریشانی ہو تو وہ آپس میں مشورہ کرلیں۔ میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میری زندگی کی یادیں انہیں غم کے بجائے خوشی دے۔

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

- میری خواہش ہے کہ میری موت کے بعد، میری لاش کو (کسی ایک پر دائرہ بنائیں) : دفن کیا جائے یا جلایا جائے۔

- My body or remains should be put in the following location ____________________.

- میری لاش یا بقایاجات کو درج ذیل مقام پر رکھا جائے۔ ____________________.

- The following person knows my funeral wishes: ____________________.

- درج ذیل فرد تدفین سے متعلق میری خواہشات سے واقف ہے: ____________________.

اگر کوئی یہ پوچھے کہ میں کس طرح یاد کیا جانا پسند کرتا/ کرتی ہوں تو، براہ کرم ان سے میرے بارے میں یہ کہا جائے:

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

____

____

____

اگر میرے لئے کوئی یادگار سروس کروائی جائے تو میری خواہش ہے کہ اس سروس میں درج ذیل شامل ہو (موسیقی، گانوں، تلاوت یا آپ کی کوئی خصوصی درخواست):

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):

____

____

____

(براہ کرم کسی دیگر خواہشات کے لئے ذیل کی خالی جگہ کا استعمال کریں۔ مثال کے طور پر، آپ مرنے کے بعد اپنا پورا جسم یا اس کے کچھ حصے عطیہ میں دے سکتے ہیں۔ اگر آپ کو مزید جگہ درکار ہو تو براہ کرم کاغذ کا علیحدہ صفحہ منسلک کریں۔)

(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.)

____

____

____

READ ONLY

Signing The Five Wishes Form

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

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.

فائیو وشز کے فارم پر دستخط کرنا

براہ کرم یہ یقینی بنائیں کہ آپ اپنے فائیو وشز کے فارم پر دو گواہوں کی موجودگی میں دستخط کریں۔

میں، ________________________________، اپنے کنبے، اپنے ڈاکٹر، اور نگہداشت صحت کے دیگر فراہم کنندگان، اور تمام دیگر لوگوں سے درخواستگو ہوں کہ میری ان خواہشات کی پابندی کی جائے جو میرے نگہداشت صحت کے ایجنٹ کے ذریعہ بتائے گئے ہیں (اگر کوئی ہے اور وہ ایجنٹ موجود ہو)، یا اس فارم پر بیان کیے گئے ہیں۔ اگر میں فیصلے کرنے یا اپنے لئے بولنے کے قابل نہ رہ جاؤں تو یہ فارم جائز اور قابل عمل صورت اختیار کرلے گا۔ اگر اس فارم کے کسی حصے پر قانونی لحاظ سے عمل نہیں کیا جاسکتا ہو تو، میں کہوں گا/گی کہ اس فارم کے دیگر تمام حصوں پر عمل کیا جائے۔ میں نگہداشت صحت سے متعلق پہلے دی گئی تمام ہدایات کو بھی منسوخ کرتا/کرتی ہوں۔

دستخط *Signature:* ____

پتہ *Address:* ____

فون *Phone:* ______________________ تاریخ *Date:* ______________________

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.)

گواہ کا بیان •

(دو گواہان ضروری ہیں):

میں، بحیثیت گواہ، اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ میں اس فارم پر دستخط یا تصدیق کرنے والے فرد (یہاں اسے "فرد" کہا جائے گا) سے ذاتی طور پر واقف ہوں، یہ کہ انہوں نے میری موجودگی میں اس پر دستخط کیے ہیں یا اس کی تصدیق کی ہے [نگہداشت صحت کے ایجنٹ اور/ یا زندگی سے متعلق وصیت کا فارم] اور یہ کہ ان کی ذہنی حالت صحیح ہے اور انہوں نے بغیر کسی دباؤ، دھوکے، یا غیر ضروری اثر کے یہ کیا ہے۔

میں اس بات کا بھی اعلان کرتا/ کرتی ہوں کہ میری عمر 18 سال سے زیادہ ہے اور میں درج ذیل نہیں ہوں:

- وہ فرد جسے اس دستاویز کے ذریعہ (ایجنٹ/ مختار/ قائم مقام/ مریض کا وکیل/ نمائندہ) مقرر کیا گیا ہے یا نہ ہی میں ان کا وارث،
- اس فرد کو نگہداشت صحت فراہم کرنے والا، بشمول اس فرد کو صحت یا رہائشی یا اجتماعی نگہداشت کی سہولت مہیا کرنے والے ادارے کا مالک،
- اس فرد کو نگہداشت صحت فراہم کرنے والے کا ملازم،
- اس فرد کی نگہداشت صحت کے لئے مالی طور پر ذمہ دار شخص،
- اس فرد کو زندگی یا صحت کا بیمہ فراہم کرنے والے ادارے کا ملازم،
- اس فرد کے ساتھ خونی، ازدواجی، یا لے پالک کا رشتہ رکھنے والا شخص ہوں، اور،
- نہ ہی اپنے پورے علم و یقین کی حد تک، اس فرد کا قرض خواہ یا کسی وصیت یا ضمنی وصیت نامے کی رو سے یا قانونی طور پر ان کی املاک کے کسی حصے کا حقدار ہوں۔

(کچھ ریاستوں میں اس ضمن میں کم ضابطے ہیں کہ کون گواہ بن سکتا ہے۔ جب تک آپ کو اپنی ریاست کے ضابطوں کا علم نہ ہو براہ کرم درج بالا کی پیروی کریں۔)

READ ONLY

Signature of Witness # 1 گواہ نمبر 1 کے دستخط	*Signature of Witness # 2* گواہ نمبر 2 کے دستخط
Printed Name of Witness گواہان کے نام واضح الفاظ میں	*Printed Name of Witness* گواہان کے نام واضح الفاظ میں
Address پتہ	*Address* پتہ
Phone فون	*Phone* فون

تصدیق بذریعہ نوٹری پبلک •
Notarization •

صرف میسوری، نارتہ کیرولینا، ساؤتہ کیرولینا اور ویسٹ ورجینیا کے باشندوں کے لئے ضروری چاہیے

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

- *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.*

- اگر آپ میسوری میں رہتے ہیں تو صرف آپ کے دستخط کی تصدیق نوٹری پبلک کے ذریعہ ہوگی۔
- اگر آپ نارتہ کیرولینا، ساؤتہ کیرولینا یا مغربی ورجینیا میں رہتے ہیں تو، آپ کو اپنے اور اپنے گواہان کے دستخط کی تصدیق نوٹری پبلک کے ذریعہ کروانی ہوگی۔

*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

وسکانسن کے مکینوں کے لئے پانچ خواہشات کے ساتہ وسکانسن کا اطلاعی بیان منسلک کرنا لازمی ہے۔

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

مزید معلومات اور اطلاعی بیان www.agingwithdignity.org پر موجود ہیں۔

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

کیلیفورنیا، کنیکٹیکٹ، ڈیلاوئیر، جارجیا، نیویارک، نارتہ ڈکوٹا، ساؤتہ کیرولائنا، اور ورمونٹ کے اداروں کے مکینوں کے لئے مخصوص شہادتی ضوابط کی پابندی ضروری ہے۔

Residents of Institutions In California, Connecticut, Delaware, Georgia, New York, North Dakota, South Carolina, and Vermont Must Follow Special Witnessing Rules.

اگر آپ مذکورہ بالا ریاستوں کے کسی مخصوص ادارے میں ہوں (نرسنگ ہوم، دیگر لائسنس یافتہ طویل مدتی نگہداشت کی سہولت، دماغی طور پر یا نشونما کے لحاظ سے معذور افراد کے ہوم، یا دماغی صحت کے ادارے) تو آپ کو اپنی فائیو وشز کو قانونی طور پر جائز بنانے کے لئے ”گواہی کے خصوصی تقاضوں“ کی تکمیل کرنی ہوگی۔ مزید معلومات کے لئے، براہ کرم اپنے ادارے کے سوشل ورکر یا مریضوں کے وکیل سے رابطہ کریں۔

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.

READ ONLY

فائیو وشز کی تکمیل کے بعد آپ کیا کریں

- ذیل کے والٹ کارڈ کو بھریں۔ اسے اپنے پاس رکھیں۔ اس طرح سے لوگوں کو معلوم ہو جائے گا کہ آپ نے اپنی فائیو وشز کو کہاں رکھا ہے۔
- اپنے ڈاکٹر سے اس کے بارے میں بتائیں، انہیں اپنے فائیو وشز کی ایک کاپی دیں۔ یہ یقینی بنائیں کہ اسے آپ کے طبی ریکارڈ میں رکھا جائے۔ یہ یقینی بنائیں کہ آپ کے ڈاکٹر آپ کی خواہشات کو سمجھیں اور اس پر عمل کرنے کا ارادہ رکھیں۔ ان سے کہیں کہ وہ آپ کا علاج کرنے والے دیگر ڈاکٹروں کو اس کا احترام کرنے کو کہیں۔
- اگر آپ کسی اسپتال یا نرسنگ ہوم میں داخل ہیں تو، اپنی فائیو وشز کی ایک کاپی اپنے ساتھ لے جائیں۔ ان سے اسے اپنے طبی ریکارڈ میں رکھنے کے لئے کہیں۔
- میں نے درج ذیل افراد کو اپنی فائیو وشز کی مکمل کردہ کاپی دی ہے:

____

____

____

- یہ یقینی بنائیں کہ آپ نے اور گواہان نے اس فارم پر اسی طرح سے دستخط کیے ہیں جیسا کہ ہدایات میں بتایا گیا ہے۔ تبھی آپ کے فائیو وشز قانونی اور جائز شکل اختیار کریں گے۔
- اپنی خواہشات کے بارے میں اپنے نگہداشت صحت کے ایجنٹ، اہل خانہ اور ایسے دیگر لوگوں سے بات کریں جو آپ کا خیال رکھتے ہیں۔ انہیں اپنی فائیو وشز کی مکمل کردہ کاپی دیں۔
- اصل کاپی کو، جس پر آپ نے دستخط کیے ہوں اپنے گھر میں مخصوص جگہ پر رکھیں۔ اسے سیف ڈپازٹ باکس میں نہ رکھیں۔ اسے اپنے قریب ہی رکھیں تاکہ آپ کو ضرورت پڑنے پر کوئی اسے پا سکے۔
- *I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

____

____

____

فائیو وشز کا مقصد آپ کو مستقبل کی منصوبہ بندی میں مدد کرنا ہے۔ اس کا مقصد آپ کو قانونی مشورہ دینا نہیں ہے۔ یہ ہر چیز کے بارے میں تمام سوالات کے جواب فراہم کرنے کی کوشش نہیں کرتا جو پیدا ہوسکتے ہیں۔ ہر فرد مختلف ہوتا ہے، اور تمام حالات بھی مختلف ہوتے ہیں۔ قوانین میں بھی وقت وقت پر تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ اگر آپ کا کوئی مخصوص سوال یا مسئلہ ہو تو، مشورے کے لئے کسی طبی یا قانونی پیشہ ور شخص سے رابطہ کریں۔

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.

فائیو وشز کا والٹ کارڈ

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

طبی پیشہ سے متعلق افراد کے لئے اہم نوٹس: میرے پاس فائیو وشز سے متعلق پیشگی ہدایت ہے۔

____

Signature دستخط

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

براہ کرم ہنگامی صورتحال میں اس دستاویز اور/یا میرے نگہداشت صحت کے ایجنٹ سے رابطہ کریں۔ میرے ایجنٹ ہیں:

____

Name نام

____

Address پتہ: *City/State/Zip* شہر/ریاست/ زپ

____

Phone فون

My primary care physician is:

میرے ابتدائی معالج ہیں:

____

Name نام

____

Address پتہ: *City/State/Zip* شہر/ریاست/ زپ

____

Phone فون

My document is located at:

میرے دستاویز ہیں بمقام:

____

____

____

____

کارڈ کو کاٹ کر نکال لیں، اسے موڑیں اور محفوظ رکھنے کے لئے لیمینٹ کروا لیں

READ ONLY

READ ONLY

یہاں فائیو وشز کے بارے میں چند لوگوں کی رائے دی جارہی ہے:

”ایک سال پہلے میری والدہ کا انتقال ہوگیا۔ ہمیں ان کی تمنا معلوم تھی کیونکہ انہوں نے اپنی زندگی میں فائیو وشز کی وصیت کردی تھی۔ جب ان کا وقت آیا تو، میرے بھائی اور مجھے یہ پوچھنے کی ضرورت نہیں تھی کہ ہمیں کیا کرنا چاہئے۔ ہمیں ذہنی سکون تھا۔“

چیرل کے۔ لانگ ووڈ، فلوریڈا

”میں یہ ضرور کہوں گی کہ مجھے آپ کی فائیو وشز سے محبت ہے۔ یہ واضح، سمجھنے میں آسان ہے، اور طبی نگہداشت کے اہم معاملات میں رخنہ اندازی نہیں کرتا، بلکہ ان معاملات سے متعلق ہے جو حقیقی طور پر اہم ہیں یعنی انسانی نگہداشت۔ میں نے اسے اپنے اور اپنے شوہر کے لئے استعمال کیا ہے۔“

سوسان ڈبلیو۔ فلیگ اسٹاف، اریزونا

”میں نہیں چاہتی کہ میرے بچے وہ فیصلے کریں جو مجھے اپنی ماں کے لئے کرنے پڑ رہے ہیں ۔ مجھے کبھی یہ معلوم نہیں تھا کہ غور کرنے کے لئے اتنے طبی انتخابات موجود ہیں۔ ایسے حساس اور خیال رکھنے والے فارم کے لئے آپ کا شکریہ۔ میں نے اسے آسانی سے بھر لیا اور اپنے بچوں کے لئے فائل میں رکھ چھوڑا ہے۔“

ڈائنا ڈبلیو۔ ہینوور، الینوائز

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.

فائیو وشز ایجنگ ود ڈیگنیٹی کی معرفت تیا ر کی گئی ہیں، جو سنگین قسم کی بیماری کی صورت میں لوگوں کو حسب مرضی منصوبہ بنانے اور نگہداشت فراہم کئے جانے میں مدد کرنے کے مشن کے ساتھ ایک غیر منفعتی تنظیم ہے۔ فائیو وشز کی تیاری دی رابرٹ ووڈ جانسن فاؤنڈیشن کے تعاون سے ممکن ہوسکی۔

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

1-888-594-7437

Translations of Five Wishes made possible through support from

پانچ خواہشات کا ترجمہ مندرجہ ذیل کی مدد سے ممکن ہوسکا

United Health Foundation℠

Professional translation services provided by

ترجمے کی پیشہ ورانہ خدمات فراہم کرنے والے ہیں

Language Services Associates

فائیو وشز، ایجنگ ود ڈیگنیٹی کا ٹریڈ مارک ہے۔ جملہ حقوق محفوظ ہیں۔ اس اشاعت کے مشمولات کا حق اشاعت ایجنگ ود ڈیگنیٹی کے نام محفوظ ہے۔ ایجنگ ود ڈیگنیٹی کی تحریری اجازت کے بغیر اس اشاعت کے کسی بھی حصے کو کسی بھی شکل، یا کسی بھی ذرائع، الیکٹرانک یا میکانیکی، بشمول فوٹو کاپی، ریکارڈنگ، یا کسی ذخیرہ معلومات اور بازیافت کے نظام کے ذریعہ دوبارہ استعمال یا منتقل نہیں کیا جا سکتا۔ چونکہ اس دستاویز کے مشمولات کے جملہ حقوق محفوظ ہیں، تاہم آپ کو اپنے معالج، نگہداشت صحت فراہم کرنے والے، نگہداشت صحت کے ایجنٹ، اہل خانہ، اور دیگر عزیزوں کو فائیو وشز فارم کی کاپی فراہم کرنے کے لئے اس کی فوٹو کاپی کرانے کی اجازت ہے۔ فائیو وشز کے دیگر تمام استعمال یا دوبارہ تیاری کے لئے ایجنگ ود ڈیگنیٹی کی اجازت درکار ہوگی۔ ایجنگ ود ڈیگنیٹی، خواہش نمبر دو کی تیاری کے لئے اوریگون ہیلتھ ڈیسیزنز کا، اور کیٹ کالاہن، چارلس سباطینو، اور طیرے سائنز کا ان کی مدد کے لئے شکریہ ادا کرنا چاہتا ہے۔

(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

READ ONLY