

**ДОВЕРЕННОСТЬ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОЙ НЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ
ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЗНАНИЯ ДОВЕРИТЕЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ**

Это заблаговременное распоряжение, доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, позволяет указать человека, который принимает решения о медико-санитарной помощи за вас, когда вы не можете делать это самостоятельно. Этот человек — доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи. Форма соответствует требованиям законодательства штата Вашингтон.

Информация о себе

Ф. И. О.: _____ Номер медицинской карты: _____

Дата рождения: _____ / _____ / _____

(дд.мм.гггг)

МОИ ДОВЕРЕННЫЕ ЛИЦА ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Человек, которого я назначаю своим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи:

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____

Адрес, город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: _____

Если человек, указанный выше, не может или не желает выполнять свои функции либо с ним невозможно связаться при приложении разумных усилий, я предоставляю эти полномочия следующему установленному доверенному лицу по вопросам медико-санитарной помощи, указанному ниже:

Первое запасное

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____

Адрес, город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: _____

Второе запасное

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____

Адрес, город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: _____

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ДОВЕРЕННОМУ ЛИЦУ ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Заявление об общих полномочиях своего доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи: мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи обладает определенными полномочиями давать согласие на лечение, когда я не могу самостоятельно принимать решения. Мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи уполномочено выполнять мои пожелания в отношении процедур искусственного поддержания жизни, таких как кормление через зонд для искусственного питания, СЛР, использование дыхательного аппарата и диализ почек. Это включает согласие на начало, продолжение или прекращение лечения. Этот документ дает человеку, которого вы назначаете своим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи, полномочия принимать решения о медико-санитарной помощи за вас и вступает в силу, только если вы утрачиваете способность самостоятельно взвешенно принимать такие решения. Пока у вас есть возможность самостоятельно принимать взвешенные решения о медико-санитарной помощи, вы сохраняете за собой право принимать все решения о медицинском обслуживании и других вопросах, связанных со здравоохранением. К этой форме можно приложить ваши пожелания относительно лечения. При необходимости вы можете указать в этом документе конкретные ограничения полномочий доверенного лица по принятию решений о медико-санитарной помощи.

Я подтверждаю, что: я понимаю важность и значение этой доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC). Эта форма отражает мои решения в отношении доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи. Форма заполнена по моей воле. Я ясно мыслю. Я понимаю, что могу в любой момент передумать. Я понимаю, что могу заменить эту форму в любое время, в результате чего будет аннулирована любая предыдущая

Ф. И. О.:

Номер медицинской карты:

Дата рождения:

/ /

доверенность DPOA-НС. Я хочу, чтобы эта доверенность DPOA-НС вступила в силу, если выбранный мной врач или назначенное мной лицо определит, что я не в состоянии самостоятельно принимать решения о медико-санитарной помощи. Это распоряжение действует до прекращения моей недееспособности.

Чтобы эта форма была юридически действительной, она должна подписываться мной в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.

Моя подпись:

Дата:

ТРЕБОВАНИЕ ПРИСУТСТВИЯ СВИДЕТЕЛЕЙ ИЛИ НОТАРИУСА

Без подписей свидетелей или нотариального заверения эта форма не обладает юридической силой.

Вариант 1. Два свидетеля

Требования к свидетелям:

- должны быть не младше 18 лет и обладать дееспособностью;
- не должны быть связаны с вами или вашим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи узамы родства (по крови, через брак или зарегистрированное сожительство);
- не должны быть вашим поставщиком услуг по уходу на дому, в доме семейного типа для взрослых или учреждении долговременного ухода, где вы проживаете.

Свидетельское подтверждение: я заявляю, что соответствую правилам для того, чтобы быть свидетелем.

Подпись свидетеля № 1:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

Подпись свидетеля № 2:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

Вариант 2. Нотариус

Штат Вашингтон)

)

Округ _____)

Эту подпись подтвердило в моем присутствии _____ (число)

следующее лицо (Ф. И. О. лица):

Подпись:

Должность:

Дата истечения срока действия:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Эта юридическая форма — одна из многих общедоступных версий. Она не должна рассматриваться как юридическая консультация. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь к юрисконсульту. (08-2021)