

GIẤY ỦY QUYỀN DÀI HẠN (CHỈ ỦY QUYỀN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE)

LƯU Ý: Quyền hạn được trao trong tài liệu này có phạm vi rất rộng. Nếu quý vị có câu hỏi bất kỳ về những quyền hạn này, hãy tìm tư vấn pháp lý có đủ năng lực. Quý vị có thể nhận thông tin pháp lý miễn phí liên quan đến việc xây dựng các quyền hạn trong tài liệu này cũng như về cách hoàn tất biểu mẫu này bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Trợ Giúp Pháp Lý và Dịch Vụ cho Người Cao Tuổi thuộc Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Oklahoma, (405) 522-3069, hoặc văn phòng trợ giúp pháp lý/dịch vụ pháp lý tại địa phương của quý vị. Tài liệu này cho phép người đại diện của quý vị đưa ra các quyết định về y tế và chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Sau này, quý vị có thể thu hồi giấy ủy quyền này nếu muốn.

Tôi _____
(điền tên và địa chỉ)

Chỉ định _____
(điền tên và địa chỉ của người được chỉ định)

làm người đại diện của tôi (người được ủy quyền) để thay mặt tôi thực hiện những việc mà tôi ký nháy xác nhận dưới đây một cách hợp pháp. Nếu người đại diện của tôi không thể hoặc không muốn thực hiện, tôi chỉ định _____

(điền tên và địa chỉ)

đại diện thay thế cho tôi với cùng phạm vi quyền hạn.

Sau khi có hiệu lực theo mục III ở mặt sau của biểu mẫu này, giấy ủy quyền này sẽ tiếp tục có hiệu lực ngay cả khi tôi bị tàn tật, mất năng lực hoặc không đủ năng lực, và sẽ không bị hạn chế bởi thời gian.

I. Ủy Quyền về việc Chăm Sóc Sức Khỏe

Để trao mọi quyền hạn dưới đây, hãy ký nháy trước điểm (f) và bỏ qua dòng đứng trước các quyền hạn khác.

Để trao một hoặc nhiều quyền hạn nhưng không trao tất cả, hãy ký nháy vào dòng đứng trước từng quyền hạn mà quý vị muốn trao. Để giữ lại một quyền hạn, đừng ký nháy trước quyền hạn đó. Quý vị có thể, nhưng không nhất thiết phải, gạch bỏ những quyền mà quý vị muốn giữ lại.

1. Nếu tôi không thể tự mình quyết định hoặc nói chuyện, người đại diện của tôi có quyền:

Initial

- _____ a. Đưa ra các quyết định về sức khỏe và chăm sóc y tế cho tôi, bao gồm cả việc đại diện cho tôi theo Đạo Luật Không Thực Hiện Hồi Sức của Oklahoma, nhưng không bao gồm việc ký chỉ thị định trước, đưa ra quyết định dành riêng cho người được ủy quyền chăm sóc sức khỏe theo chỉ thị định trước hoặc các quyết định điều trị duy trì sự sống khác.
- _____ b. Chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi.
- _____ c. Chọn nơi tôi sống và nhận sự chăm sóc và hỗ trợ khi những lựa chọn đó liên quan nhu cầu chăm sóc sức khỏe của tôi.
- _____ d. Xem xét hồ sơ y tế của tôi và có các quyền tương tự như quyền của tôi trong việc cung cấp hồ sơ y tế của tôi cho người khác.
- _____ e. Chọn cơ sở điều dưỡng.
- _____ f. Tất cả những quyền hạn liệt kê ở trên.

Quý vị không cần ký nháy dòng nào khác nếu đã ký nháy tại dòng (f).

2. Tôi mong muốn các thành viên trong gia đình tôi cũng như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ tôn trọng việc người đại diện của tôi thay mặt cho tôi và coi đó là việc tôi thể hiện quyền hợp pháp của mình trong việc quản lý hoạt động chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Các chỉ dẫn và quyết định của người đại diện của tôi sẽ có giá trị cao hơn và được ưu tiên hơn các quyết định do thành viên bất kỳ trong gia đình tôi đưa ra. Nếu thích hợp, người đại diện của tôi có thể thảo luận với gia đình tôi và những người khác về các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của tôi khi họ sẵn lòng.

II. Hướng Dẫn và Thông Tin Bổ Sung

GHI CHÚ: Phần này sẽ rất hữu ích cho người đại diện của quý vị nhưng quý vị không bắt buộc phải điền và có thể bỏ trống.

- a. Mục tiêu của tôi về việc chăm sóc sức khỏe của mình: _____
- b. Nỗi sợ của tôi về việc chăm sóc sức khỏe của mình: _____
- c. Niềm tin và truyền thống tâm linh hoặc tôn giáo của tôi: _____

Patient Label

Patient Name:

MRN:

DOB:

INT-5572 Power of Attorney



* 1 1 9 9 9 9 1 9 9 2 *

d. Suy nghĩ của tôi về tác động của tình trạng sức khỏe của tôi đối với gia đình tôi: _____

e. Suy nghĩ của tôi về việc sống và được chăm sóc sức khỏe tại nhà so với ở viện dưỡng lão hoặc cơ sở khác: _____

Hướng Dẫn Đặc Biệt: Trên các dòng dưới đây, quý vị có thể đưa ra các hướng dẫn đặc biệt để hạn chế hoặc mở rộng phạm vi quyền hạn đã trao cho người đại diện. _____

(Hãy đính kèm các trang bổ sung nếu cần.)

III. Thời Điểm Ủy Quyền Có Hiệu Lực

Vui lòng ký nháy vào một trong những tuyên bố dưới đây về ngày hiệu lực của giấy ủy quyền này.

Ký nháy

_____ Giấy ủy quyền này có hiệu lực ngay lập tức và sẽ duy trì hiệu lực cho đến khi bị thu hồi.

_____ Giấy ủy quyền này sẽ có hiệu lực khi bác sĩ chăm sóc của tôi xác định rằng tôi không còn khả năng kiểm soát chính mình. Quyết định này phải được cung cấp bằng văn bản và đính kèm với biểu mẫu này.

Tôi đồng ý rằng mọi bên thứ ba nhận được bản sao của tài liệu này đều có thể thực hiện theo quy định trong đó. Việc thu hồi giấy ủy quyền không có hiệu lực đối với bên thứ ba cho đến khi bên thứ ba biết được việc thu hồi. Tôi đồng ý bồi thường cho bên thứ ba về bất kỳ khiếu nại nào phát sinh chống lại bên thứ ba do dựa vào giấy ủy quyền này.

Đã ký: _____
(chữ ký của người ủy quyền)

Quận, Thành phố, và Tiểu bang Cư trú

Cá nhân tôi biết về người ủy quyền này và tôi tin rằng người này là một người minh mẫn. Tôi đã đủ 18 tuổi. Tôi không có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người ủy quyền, và không có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người được ủy quyền. Người ủy quyền đã tuyên bố với tôi rằng văn bản này là giấy ủy quyền của người đó để trao cho người được ủy quyền những quyền hạn nêu tại đây, và rằng người được ủy quyền đã sẵn sàng giao kết và thực thi một cách tự do và tự nguyện về những mục đích trình bày tại đây.

Người làm chứng: _____

Người làm chứng: _____

TIỂU BANG OKLAHOMA)
) SS.
QUẬN _____)

Trước mặt tôi, người có thẩm quyền ký tên dưới đây đích thân xuất hiện vào ngày hôm nay (___, ___, 20___) _____ (người ủy quyền), _____ (người làm chứng), và _____ (người làm chứng), những người có tên nêu trong nội dung bên trên trong khả năng của họ, và tất cả những người nói trên mà tôi tuyên thệ chính đáng, bên ủy quyền đã tuyên bố với tôi và với những người làm chứng hiện diện trước mặt tôi rằng tài liệu này là giấy ủy quyền của ông/bà ấy, và rằng người ủy quyền sẵn lòng và tự nguyện giao kết và thực thi giấy ủy quyền này bằng ý chí tự do của người ủy quyền cho những mục đích trình bày tại đây, và những người làm chứng tuyên bố với tôi rằng họ đã đủ 18 tuổi và rằng không ai trong số họ có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người ủy quyền, hoặc có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người được ủy quyền.

Công Chứng Viên

Ngày Hết Hạn Công Chứng: _____

Bằng việc chấp nhận hoặc thực hiện nội dung chỉ định, người đại diện nhận trách nhiệm ủy thác và các nghĩa vụ pháp lý khác dưới vai trò một người đại diện.



DHS Pub. No. 99-63

Sửa đổi 08/2016

Ấn phẩm này được ủy quyền bởi Giám đốc Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Oklahoma, Ed Lake và được bởi DHS theo quy định của tiểu bang và liên bang với chi phí \$33,23 cho 533 bản sao. Các bản sao đã được gửi đến Cơ Quan Thanh Toán Bù Trừ Xuất Bản Phẩm của Sở Thư Viện Oklahoma. Văn phòng DHS có thể yêu cầu cấp bản sao của đơn đặt hàng điện tử ADM-9 (23AM009E). Công chúng có thể yêu cầu cấp bản sao bằng cách gọi 1-877- 283-4113 (miễn phí), bằng cách gửi đơn đặt hàng qua fax đến (405) 962-1741, hoặc bằng cách tải một bản sao xuống tại.

Patient Label

Patient Name:

MRN:

DOB:

INT-5572 Power of Attorney

