

Долгосрочная доверенность на медицинское обслуживание (Durable Power of Attorney for Health Care - DPOAHC)

Вопросы и ответы

Что такое Долгосрочная доверенность на медицинское обслуживание (DPOAHC)?

DPOAHC позволяет Вам назначить представителя по медицинскому обслуживанию для принятия решений о Вашем лечении. К ним относятся также и решения о поддержании жизни на случай, если Вы не сможете принимать их самостоятельно.

Как выбрать представителя по медицинскому обслуживанию?

Убедитесь, что лицо, которое Вы назначаете своим представителем по медицинскому обслуживанию, понимает Ваши желания, обязуется выполнять их и возьмет на себя ответственность за принятие медицинских решений за Вас, даже если другие лица не будут согласны с Вашими желаниями.

Лицо, которое Вы назначите своим представителем по медицинскому обслуживанию:

- Должно быть не младше 18 лет и умственно полноценным.
- Может быть Вашим родственником или близким другом, которому Вы доверяете принятие серьезных решений.
- Не обязано являться Вашей супругой (супругом), партнером или биологическим родственником.
- Не обязано проживать в штате Вашингтон, но должно быть готово прибыть в случае экстренной медицинской необходимости.

Не разрешается назначать представителями по медицинскому обслуживанию следующих лиц:

- Вашего врача или его сотрудников.
- Владельца, оператора, администратора или сотрудника медицинского учреждения, пациентом которого Вы являетесь в момент подписания Вами DPOAHC.

Что будет, если я не выберу представителя по медицинскому обслуживанию?

Если Вы не назначите своего представителя по медицинскому обслуживанию, Вам назначат его по закону штата Вашингтон. Представитель будет выбран из приведенного ниже списка в следующем порядке:

- Опекун с полномочиями принятия медицинских решений, если такового назначил суд.
- Ваша супруга (супруг) или зарегистрированный сожитель (даже если Вы проживаете раздельно, но официально не разведены).
- Ваши взрослые дети.
- Ваши родители.
- Ваши взрослые братья или сестры.

Если полномочия предоставляются более чем одному лицу (например, детям, родителям, братьям или сестрам), все таковые обязаны иметь единое мнение.

Что, если у меня супруг (супруга) или зарегистрированный сожитель одного со мной пола?

Сожитель или супруг (супруга) одного с Вами пола могут не иметь права принимать решения о Вашем лечении или даже доступа к Вам в экстренной медицинской ситуации за пределами штата Вашингтон. Укажите своего сожителя или супругу (супруга) в качестве Вашего представителя по медицинскому обслуживанию в своем формуляре DPOAHC, если Вы выезжаете за пределы штата Вашингтон и желаете, чтобы он/она принимали решения по медицинским вопросам за Вас.

Что, если суд назначит мне опекуна?

Законы штата Вашингтон не предписывают, чтобы суд выбирал опекуном в первую очередь представителя по медицинскому обслуживанию. Имеет смысл просить, чтобы Вашим опекуном был один из Ваших представителей по медицинскому обслуживанию, поскольку Вы доверяете этому человеку. Судья не обязан назначать то лицо, о котором Вы просите, но суд, вероятнее всего, внимательно прислушается к Вашим желаниям.

Как отозвать или отменить DPOAHC?

Вы имеете право отозвать DPOAHC в любое время, одним из следующих способов:

- Если отмените, зачеркнете, закрасите, сожжете, разорвете или иным образом физически уничтожите ее, или попросите другое лицо уничтожить ее в Вашем присутствии. Уничтожению подлежат все экземпляры доверенности.
- Если оформите письменную датированную отмену.
- Если устно выразите свое намерение отменить доверенность.

Где следует хранить DPOAHC?

Храните подписанные оригиналы документов в надежном, но доступном месте, известном Вашему представителю. Копии DPOAHC имеют такую же силу, как и оригинал. Раздайте фотокопии подписанного оригинала Вашему представителю (представителям) по медицинскому обслуживанию, врачу (врачам), адвокату, родственникам, близким друзьям, священнику и всем остальным, кто может принимать участие в Вашем лечении. Если Вы поступите в приют или больницу, позаботьтесь о том, чтобы фотокопии ваших документов включили в Вашу медицинскую документацию. Для упрощения доступа к Вашей DPOAHC рекомендуется хранить ее копии в бумажнике (сумке), автомобиле или чемодане.

Что делать, если я пожелаю внести изменения?

Если Вы пожелаете внести изменения в свои документы после их подписания, Вам следует заполнить новый документ. Однако адрес или номер телефона разрешается просто исправить. Рядом с такими исправлениями следует ставить свои инициалы и дату.

Что, если я поеду в другие штаты?

При поездках в другие штаты рекомендуется брать с собой копии своей DPOAHC: она может быть действительна в других штатах. Хотя там могут существовать свои правила по поводу нотариального заверения или свидетелей, в большинстве штатов не требуется строго определенной формы или формата.

Необходимы ли мне свидетели для DPOAHC или ее нотариальное заверение?

С 1 января 2017 г. для вступления DPOAHC в законную силу необходимы 2 свидетеля или нотариальное заверение.

Свидетели должны соответствовать следующим условиям:

- Быть не младше 18 лет;
- Не быть связаны с Вами кровным родством, узами брака или усыновления (удочерения);
- Не быть Вашим представителем по медицинскому обслуживанию, указанным в настоящем

документе;

- Не быть, насколько им известно, бенефициарами Вашего завещания и не иметь притязаний на Ваше наследство;
- Не принимать непосредственного участия в Вашем лечении;
- Не являться сотрудником Вашего врача или медицинского учреждения, в котором Вы можете находиться.

DPOANC, оформленная до 1 января 2017 г., сохраняет законную силу, если ее версия соответствовала законам штата Вашингтон в момент ее оформления. Кроме того, в некоторых штатах необходимо нотариальное заверение DPOANC. Fred Hutchinson Cancer Center предоставляет бесплатное нотариальное заверение документов о заблаговременном планировании лечения в нашем Центре ресурсов для пациентов и их родственников (Patient and Family Resource Center), расположенном на 3 этаже клиники.

ДОЛГОСРОЧНАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

пациента _____

{напишите здесь свое имя и фамилию печатными буквами}

Настоящий документ предназначен в качестве источника информации и руководства к действию для моего представителя по медицинскому обслуживанию, если я не смогу принимать самостоятельные решения. Мне понятно, что перед подписанием этих указаний я имею право вносить в них дополнения, удалять или иным образом изменять их текст. Я имею право в любое время вносить дополнения или удалять какой-либо текст этих указаний, и для сохранения законной силы все изменения должны соответствовать законам штата Вашингтон или федеральным конституционным законам. Настоящим документом я отменяю все медицинские доверенности, ранее подписанные мной.

1. Когда я желаю применения настоящего документа

Я желаю применения настоящего документа в случае, если я не смогу самостоятельно принимать решения о лечении ввиду инвалидности или недееспособности. Мне понятно, что такая недееспособность может быть временной. Мне также понятно, что, если я не смогу принимать определенные решения, то могу быть по-прежнему в состоянии принимать другие. Когда я буду в состоянии самостоятельно принимать решения о моем лечении, я желаю принимать их самостоятельно.

2. Мой представитель по медицинскому обслуживанию

Я назначаю своим представителем:

Мой альтернативный представитель (не обязателен):

Имя, фамилия _____

Имя, фамилия _____

Адрес _____

Адрес _____

Телефон _____

Телефон _____

Ранее мною было оформлено следующее *{поставьте инициалы напротив нужного}*:

Медицинское указание (например, завещание, заблаговременное указание) _____ Да _____ Нет

Указание врачу о поддержании жизни (POLST) _____ Да _____ Нет

3. Полномочия, которые я предоставляю моему представителю

Я предоставляю моему представителю все полномочия по принятию всех решений о моем лечении. В том числе, но без ограничения:

- Согласие, отказ и отмена согласия на медицинское лечение, рекомендуемое моим врачом, в том числе лечение для поддержания жизни;
- Просьбы о том или ином медицинском лечении;
- Доступ к моей медицинской документации и информации;
- Наем и увольнение провайдеров медицинских услуг;
- Смена моих компаний медицинского страхования;
- Оформление Указания врачу о поддержании жизни (POLST) за меня;
- Перемещение меня из любого медицинского учреждения в другое учреждение, в частный приют или в другое место.

Полномочия настоящего освобождения распространяются также на информацию, регулируемую Законом об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA) 1996 г. с изменениями и дополнениями.

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



4. Если суд назначит мне опекуна

Если я указал(а) представителя по медицинскому обслуживанию, то желаю, чтобы мой представитель являлся моим опекуном. Если он/она не имеет возможности выступать в этом качестве, то я желаю, чтобы моим опекуном являлся мой альтернативный представитель. Если суд решит назначить опекуном другое лицо, я прошу, чтобы суд обязал моего опекуна консультироваться с моим представителем (или альтернативным представителем) по поводу всех медицинских решений, которые требовали бы моего согласия, если бы я действовал(а) самостоятельно.

5. Как отозвать или отменить это указание

Настоящее указание можно отозвать соответствующим письменным заявлением или любым другим изъяснением намерения отозвать его. Однако если я выражу несогласие с тем или иным принятым за меня решением, это несогласие само по себе не отменяет настоящий документ.

6. Резюме и подпись

Мне понятен смысл настоящего документа. Если я когда-либо не смогу самостоятельно принимать решения о моем медицинском обслуживании, я поручаю моему представителю принимать решения о медицинском обслуживании за меня. Я оформляю настоящий документ по своей свободной воле и считаю, что имею необходимые для этого умственные и эмоциональные способности. Я желаю, чтобы настоящий документ вступил в силу даже в случае, если я утрачу дееспособность.

Подпись {подписать только в присутствии двух свидетелей, если оформляется при свидетелях, Дата
ИЛИ нотариуса, если заверяется нотариально}

Примечание: для вступления этого документа в законную силу Вы обязаны заполнить раздел 7 ("Заявление свидетелей") или раздел 8 ("Нотариальное заверение").

7. Заявление свидетелей {напишите разборчиво свое имя и фамилию - а не имена и фамилии свидетелей в строке ниже}

_____ знаком(а) мне лично, и я считаю его/ее способным (способной) принимать решения о медицинском обслуживании. Я заявляю, что я не младше 18 лет, не связан с ним (с ней) кровным родством, узами брака или усыновления (удочерения), и не являюсь его (ее) представителем по медицинскому обслуживанию, указанным в настоящем документе. Насколько мне известно, я не являюсь бенефициаром его/ее завещания или каких-либо дополнений к его/ее завещанию и не имею притязаний на его/ее наследство. Я не принимаю непосредственного участия в его/ее медицинском обслуживании и не являюсь сотрудником его/ее врача или медицинского учреждения, где может проживать лицо, оформляющее настоящий документ.

СВИДЕТЕЛЬ 1

Подпись _____ Дата _____
Имя и фамилия, разборчиво _____ Телефон _____
Адрес _____

СВИДЕТЕЛЬ 2

Подпись _____ Дата _____
Имя и фамилия, разборчиво _____ Телефон _____
Адрес _____

TEAM
NAME [M]
PT NO [F]
DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



8. Нотариальное заверение

Штат Вашингтон, округ _____

Я подтверждаю, что знаю или располагаю достаточными доказательствами, что _____
подписал(а) настоящий документ и подтвердил(а), что он является изъявлением его/ее свободной воли
для целей, указанных в настоящем документе.

Дата: _____ числа _____ месяца 20__ г.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НОТАРИУС штата
Вашингтон

Адрес: _____

Срок моих полномочий истекает _____

Примечание: Fred Hutchinson Cancer Center предоставляет бесплатное нотариальное заверение
ДРОАНС в Центре ресурсов для пациентов и их родственников (Patient and Family Resource Center),
расположенном на 3 этаже клиники.

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



SHIM023