



My Advance Care Plan (Please Complete in English)

My Advance Care Plan (कृपया अंग्रेज़ी में पूरा करें)

Last name: / अंतिम नाम: _____

First name: / प्रथम नाम: _____ Date of birth / जन्म तिथि ____ / ____ / ____

Address: / पता: _____

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

My Advance Care Plan आपकी अग्रिम देखरेख योजना की चर्चा का एक रिकॉर्ड है और आपकी देखरेख करने वाले लोगों को आपकी प्राथमिकताएँ बताने का एक तरीका है। यह ज़रूरी नहीं है कि आपकी प्राथमिकताएँ स्वास्थ्य से ही संबंधित हों लेकिन वे आपके इलाज करने वाले स्वास्थ्य-पेशेवरों, Enduring Guardian और या परिवार का इस बारे में मार्गदर्शन करेंगी कि आप अपने साथ कैसा बर्ताव चाहते हैं, इसमें कोई विशेष अनुरोध या संदेश शामिल हैं।

कृपया ध्यान दें: यदि आप कानूनी रूप से बाध्यकारी उपचार संबंधी निर्णय लेना चाहते हैं, तो यह सुझाव दिया जाता है कि आप इन निर्णयों को Advance Health Directive में रिकॉर्ड करें। आप अपनी ओर से व्यक्तिगत, जीवन शैली और उपचार संबंधी निर्णय लेने के लिए किसी Enduring Guardian को नियुक्त करने पर भी विचार करना चाह सकते हैं। अधिक विवरण के लिए संदर्शिका देखें।

मैंने My Advance Care Plan की प्रति निम्नलिखित को दी है:

Full name / पूरा नाम	Telephone / टेलीफोन	Mobile / मोबाइल	Relationship to me / मेरे साथ संबंध

I have completed one or more of the following:

मैंने निम्न में से एक या एक से अधिक पूरा कर लिया है:

Advance Health Directive
Advance Health Directive

Yes/No (please circle)
हां/नहीं (कृपया गोले का निशान बनायें)

I have stored a copy at: / मैंने यहाँ एक प्रति संभाल कर रखी है: _____

A copy can also be obtained from: / एक प्रति यहां से भी प्राप्त की जा सकती है:

Name: / नाम: _____

Telephone: / टेलीफोन: _____

Enduring Power of Guardianship
Enduring Power of Guardianship

Yes/No (please circle)
हां/नहीं (कृपया गोले का निशान बनायें)

I have stored a copy at: / मैंने यहाँ एक प्रति संभाल कर रखी है: _____

A copy can also be obtained from: / एक प्रति यहां से भी प्राप्त की जा सकती है:

Name: / नाम: _____

Telephone: / टेलीफोन: _____

Enduring Power of Attorney
Enduring Power of Attorney

Yes/No (please circle)
हां/नहीं (कृपया गोले का निशान बनायें)

I have stored a copy at: / मैंने यहाँ एक प्रति संभाल कर रखी है: _____

A copy can also be obtained from: / एक प्रति यहां से भी प्राप्त की जा सकती है:

Name: / नाम: _____

Telephone: / टेलीफोन: _____

Will
Will

Yes/No (please circle)
हां/नहीं (कृपया गोले का निशान बनायें)

I have stored a copy at: / मैंने यहाँ एक प्रति संभाल कर रखी है: _____

A copy can also be obtained from: / एक प्रति यहां से भी प्राप्त की जा सकती है:

Name: / नाम: _____

Telephone: / टेलीफोन: _____

Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.

Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

भविष्य की मेरी देखरेख के लिए प्राथमिकताएं

अपने भविष्य की देखरेख के संबंध में मेरी प्राथमिकताएं निम्नलिखित हैं। कृपया *Advance Care Planning Guide for Patients* का संदर्भ करें।

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

Advance Care Planning वार्तालाप के अन्य परिणाम:

उदाहरण के लिए, हो सकता है कि आपने अन्य प्रासंगिक कानूनी दस्तावेज जैसे कि *Advance Health Directive* या *Enduring Power of Guardianship* पूरा करने पर विचार किया हो या हो सकता है कि आपने एक अंगदाता बनने का फैसला लिया हो।

Outcome / परिणाम	Description / विवरण

If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:

यदि मैंने क्षमता खो दी है या मेरे जीवन का अंत निकट आ रहा है, तो जहाँ ऐसा करना व्यावहारिक और उचित होगा, तो मैं यह पसंद करूँगा कि देखरेख की जाए:

Initial the option you prefer: / जो विकल्प आप पसंद करते हैं, उसपर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें:

- In my usual home: / मेरे सामान्य घर में: _____
- At a family member's home: / परिवार के किसी सदस्य के घर पर: _____
- At a hospice or palliative care unit / किसी धर्मशाला या प्रशामक देखरेख युनिट में
- In hospital / किसी अस्पताल में
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / कंट्री में (एबोरिजनल और टोरस स्ट्रेट द्वीपवासियों के लिए)
- At another place: / किसी अन्य स्थान पर: _____

I would like to leave the following message(s)

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

मैं निम्नलिखित संदेश छोड़ना चाहूँगा

उदाहरण के लिए: मैं अपने पार्टनर/पारिवारिक सदस्य का देखरेखकर्ता हूँ या मैं चाहता हूँ कि निम्नलिखित व्यक्ति मेरे पालतू जानवर की देखभाल करे, या मैं चाहता हूँ कि मेरे लिए कोई खास गाना बजाया जाए या मैं चाहता हूँ कि एक विशेष पूरक चिकित्सा का प्रयोग किया जाए या मैं चाहता हूँ कि मेरा परिवार अंगदाता आदि बनने की मेरी प्राथमिकता का सम्मान करे।

Signed: / हस्ताक्षर: _____ Date: / दिनांक: ____ / ____ / ____

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

अनुरोध किए जाने पर यह दस्तावेज़ किसी विकलांग व्यक्ति के लिए वैकल्पिक स्वरूपों (फॉर्मेट) में उपलब्ध कराया जा सकता है।

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.