<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<Member City, State, Zip>

Уважаемый (-ая) <Member Name>!

К этому письму прилагается распоряжение Minnesota Advance Health Care. Эта форма позволяет Вам записывать свои пожелания относительно медицинского обслуживания, чтобы они были известны, если Вы сильно заболеете или не сможете говорить за себя. Назначить агента по медицинскому обслуживанию и письменно дать указания — это лучшие способы убедиться, что Ваши пожелания известны и соблюдаются Вашими врачами и членами Вашей семьи. Найдите время и уделите его, чтобы прочитать эту форму. При наличии у Вас вопросов позвоните мне.

Заполнить форму Minnesota Advance Health Care Directive несложно. Она состоит из трех частей:

* **Часть 1** позволяет Вам указать человека для принятия решений о медицинском обслуживании, если врач считает, что Вы не можете этого сделать. Этот человек называется агентом по медицинскому обслуживанию.
* **Часть 2** позволяет Вам записывать свои пожелания или инструкции по медицинскому обслуживанию. Таким образом, врачи и другие лица могут принимать решения на основании Ваших пожеланий и предпочтений.
* **Часть 3** требует, чтобы Вы просто поставили подпись и дату в форме.

Вот еще несколько моментов, которые следует помнить о Directive Advance Health Care:

* Вы сами принимаете решение о заполнении этой формы. Если Вы этого не сделаете, врачи все равно будут лечить Вас.
* Для заполнения этой формы Вам не нужен юрист. Тем не менее, вы должны подписать ее либо перед двумя свидетелями, либо перед нотариусом.
* Вы можете изменить форму в любое время.

Когда Вы закончите заполнять форму и подпишете ее, передайте копии своему агенту по медицинскому обслуживанию, супругу, врачу, медсестре, членам семьи или близким друзьям. Затем поговорите с этими людьми о своем выборе. Обязательно храните оригинал формы в безопасном месте, которое легко найти другим.

При наличии у Вас вопросов позвоните мне. Мы работаем с <8:00 am to 4:30 pm>. Мой номер телефона: <Telephone Number>. Если Вы используете телетайп, позвоните по телефону 711.

С уважением,

<Care Coordinator Name, Title>

Координатор по медицинскому обслуживанию

Blue Plus

H2425\_001\_102417\_JJ01C Internal Approved 10/24/2017

DHS\_102417\_JJ02C Internal Approved 10/24/2017