

## LIVING WILL - ARABIC TRANSLATION

### LIVING WILL (Illinois Declaration)

This declaration is made this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ (month, year). I, \_\_\_\_\_, being of sound mind, willfully and voluntarily make known my desires that my moment of death shall not be artificially postponed.

If at any time I should have an incurable and irreversible injury, disease, or illness judged to be a terminal condition by my attending physician who has personally examined me and has determined that my death is imminent except for death delaying procedures, I direct that such procedures which would only prolong the dying process be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally with only the performance of any medical procedure deemed necessary by my attending physician to provide me with comfort care.

Other directions:

In the absence of my ability to give directions regarding the use of such death delaying procedures, it is my intention that this declaration shall be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and accept the consequences from such refusal.

Signed \_\_\_\_\_

City, County and State of Residence

### ATTESTATION

The declarant is personally known to me and I believe him or her to be of sound mind. I saw the declarant sign the declaration in my presence (or the declarant acknowledged in my presence that he or she had signed the declaration) and I signed the declaration as a witness in the presence of the declarant. I did not sign the declarant's signature above for or at the direction of the declarant. At the date of this instrument, I am not entitled to any portion of the estate of the declarant according to the laws of intestate succession or, to the best of my knowledge and belief, under any will of the declarant or other instrument taking effect at the declarant's death, or directly financially responsible for the declarant's medical care.

Witness \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

### Certification of Interpretation

I certify that I have read the foregoing to the signor hereof in the Arabic language.

Signed \_\_\_\_\_

Interpreter

### وصية (إعلان في ولاية إلينوي)

هذا إعلان صادر في يوم \_\_\_\_\_ من شهر \_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_. أنا: \_\_\_\_\_ أتمتع بقدرة عقلية سليمة، وأوصي متطوعاً عن رغبتني في عدم تأخير ساعة وفاتي بشكل اصطناعي. إذا أصبت في أي وقت من الأوقات بإصابة أو مرض لا يمكن علاجه أو الشفاء منه، واعتبره الطبيب المشرف الذي قام بفحصي مرضاً قاضياً على الحياة وقرر بأنني على وشك الوفاة إلا إذا تم استخدام إجراءات طبية تؤخر من ساعة وفاتي، فإنني أوصي بقطع أو إيقاف هذه الإجراءات التي ستؤخر وفاتي، وأن يسمح لي بالوفاة الطبيعية واستخدام أي إجراءات طبية يراها الطبيب المشرف ضرورية لتزويدي بالعناية المريحة.

توجيهات أخرى من المريض:

في حالة عجزني عن إعطاء توجيهات بخصوص استخدام إجراءات تأخير الوفاة المذكورة، فإنني أوصي عائلتي والطبيب المشرف باحترام حقي القانوني باتخاذ قرار عدم اللجوء إلى علاج طبي بما فيه الجراحة، وأني أقبل عواقب قراري هذا.

التوقيع: \_\_\_\_\_

مكان الإقامة: المدينة، المقاطعة والولاية

### شهادة

صاحب الإعلان أعلاه هو شخص معروف لديّ وإنني أعلم أن قدراته العقلية سليمة. لقد أيت الموصي يوقع هذه الوصية أثناء وجودي (أو أن الموصي صرح أثناء وجودي أنه قد وقع على الوصية) وإنني قد وقعت الوصية كشاهد أثناء وجود الموصي. لم أقم بتوقيع الوصية عن الموصي ولا حتى بتوجيه منه. في تاريخ هذه الوثيقة لا يحق لي أي حصة قانونية من وصيته حسب قوانين الولاية، وحسب معلوماتي واعتقادي، فإنني غير مشمول في وصيته أو أية وثيقة تصبح فعالة عند وفاة الموصي وأني غير مسئول مباشر عن تكاليف العناية الصحية للموصي.

شاهد \_\_\_\_\_ شاهد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ العنوان \_\_\_\_\_

### شهادة الترجمة

أشهد بأنني قد قرأت البيانات الواردة أعلاه للطرف الموقع باللغة العربية.

التوقيع: \_\_\_\_\_

المترجم