



State of Wisconsin  
Department of Health Services

إلى من يهمله الأمر:

مرفق طيه نموذج Decision-Making Agreement (اتفاقية اتخاذ القرار) المدعوم المطلوبة. تمكّن Decision-Making Agreement (اتفاقية اتخاذ القرار) المدعوم الأشخاص من اختيار أشخاص موثوقين (يُعرفون بالداعمين) لمساعدتهم على جمع وفهم المعلومات، مقارنة الخيارات، وإبلاغ الآخرين بقراراتهم. اتفاقيات اتخاذ القرار المدعوم لا تفيد حقوق الشخص في اتخاذ القرارات، فالشخص هو من يتخذ جميع القرارات الخاصة به.

اتخاذ القرار المدعوم هو طريقة لحصول الأشخاص ذوي الإعاقات على المساعدة من أفراد موثوقين سواء كانوا من الأسرة أو الأصدقاء أو المتخصصين لمساعدتهم على فهم المواقف والخيارات التي يواجهونها حتى يتمكنوا من اتخاذ القرارات الخاصة بهم. يمكن اتخاذ القرار المدعوم الأشخاص ذوي الإعاقات من طلب الدعم أينما ووقتما يحتاجون إليه. اتخاذ القرار المدعوم ليس نموذجًا للوصاية أو الوكالة العامة.

وعند إبرام اتفاقية اتخاذ القرار المدعوم، يُطلق لفظ الداعمون على من يمكنهم تقديم المساعدة. اتفاقيات اتخاذ القرار المدعوم لا تنتزع أي حقوق من الشخص الذي يطلب المساعدة. حيث يوافق الداعمون على المساعدة في تفسير المعلومات، الإجابة عن الأسئلة، تقييم الخيارات، وإبلاغ الآخرين بالقرارات المتخذة. وبالتالي، لا يتخذ الداعمون أي قرارات.

يتضمن النموذج قائمة بالقرارات التي يرغب الشخص المعاق في المساعدة باتخاذها وتحدد الداعمين الذين يثق فيهم لمساعدته بخصوص هذه القرارات. قبل إكمال النموذج وتوقيعه، تأكد من قراءة صفحاته الأربع بدقة وفهمها. يجب توقيع الاتفاقية من قبل شاهدين يبلغان من العمر 18 عامًا على الأقل أو من قبل كاتب عدل.

تتوفر المزيد من المعلومات لمساعدتك على استكمال هذا النموذج. توجد معلومات إضافية لدى مجلس الأشخاص ذوي إعاقات النمو بخصوص اتخاذ القرار المدعوم وتتوفر هذه المعلومات على موقعه:

<http://wi-bpdd.org/index.php/SupportedDecision-Making/>

اتفاقية اتخاذ القرار المدعوم  
(SUPPORTED DECISION-MAKING AGREEMENT)

تعيين الداعم

أنا، \_\_\_\_\_، أبرم هذه الاتفاقية  
(أدخل اسم الشخص الذي يعين الداعم)

طوعًا وبمحض إرادتي. أوافق وأعين

اسم الداعم (مطبوعًا)

عنوان الداعم

عنوان البريد الإلكتروني للداعم (إن أمكن)

رقم (أرقام) هاتف الداعم

ليكون داعمًا لي. من أجل القرارات اليومية التالية، في حال اختياري لـ "نعم"، يمكن لداعمي مساعدتي في هذا النوع من القرارات، ولكن في حال اختياري لـ "لا"، فلا يجوز لداعمي مساعدتي في هذا النوع من القرارات:

الحصول على الطعام، الملابس، والمأوى.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
الاعتناء بصحتي الجسدية.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
إدارة أموري المالية.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
الاعتناء بصحتي العقلية.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
طلب المساعدات العامة.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
المساعدة في طلب خدمات إعادة التأهيل المهني وغيرها من الدعم المهني.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

فيما يلي القرارات الأخرى التي حددت أنني أرغب تحديدًا في المساعدة بشأنها:

في حال اختياري لـ "نعم" أو "لا"، أو محدد خصيصًا وذكرت قرارًا أعلاه مباشرة، لا يجوز لداعمي مساعدتي في هذا النوع من القرارات.

غير مسموح لداعمي باتخاذ القرارات نيابةً عني. لمساعدتي في قراراتي، يجوز لداعمي القيام بأي مما يلي، في حال اختياري لـ "نعم":

1. مساعدتي في الوصول إلى المعلومات أو جمعها أو الحصول عليها، بما في ذلك السجلات، ذات الصلة بالقرار. في حال اختياري لـ "نعم"، يجوز لداعمي مساعدتي في الوصول إلى نوع المعلومات المحدد أو جمعها أو الحصول عليها، بما في ذلك السجلات ذات الصلة، ولكنني في حال اختياري لـ "لا"، أو في حال عدم اختياري لـ "نعم" أو "لا"، لا يجوز لداعمي مساعدتي في الوصول إلى هذا النوع من المعلومات أو جمعه أو الحصول عليه:

طبية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
نفسية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
مالية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
تعليمية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
علاجية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
أخرى. في حال تحديد نعم، حدد نوع (أنواع) المعلومات التي يجوز للداعم مساعدتك فيها:	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

2. مساعدتي على فهم خياراتي حتى أتمكن من اتخاذ قرار مستنير. نعم  لا

3. مساعدتي في إبلاغ الأشخاص المناسبين بقراري. نعم  لا

4. مساعدتي في الوصول إلى السجلات الشخصية المناسبة، بما في ذلك المعلومات الصحية المحمية بموجب Health Insurance Portability and Accountability Act (قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة)، Family Educational Rights and Privacy Act (قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة)، والسجلات الأخرى التي قد تتطلب أو لا تتطلب إذن لقرارات محددة أرغب في اتخاذها. نعم  لا

### تاريخ سريان Decision-Making Agreement (اتفاقية اتخاذ القرار) المدعوم

تسري decision-making agreement (اتفاقية اتخاذ القرار) المدعوم هذه على الفور وتستمر

حتى \_\_\_\_\_، أو حتى إنهاء الاتفاقية من قبل  
(أدخل التاريخ)

داعمي أو بواسطتي أو بحكم القانون.

اسم الشخص الذي يعين الداعم مطبوعاً

تاريخ التوقيع

التوقيع

أعرف \_\_\_\_\_ شخصياً أو  
(اسم الشخص الذي يعين الداعم)

حصلت على إثبات لهويته أو هويتها وأعتقد أنه يبلغ أو أنها تبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل ويبرم أو تبرم هذه الاتفاقية عن علم وطواعية. أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.

أنا، \_\_\_\_\_ ، أوافق على التصرف كداعم  
(اسم الداعم)  
بموجب هذه الاتفاقية.

اسم الداعم (مطبوعاً)

عنوان الداعم

عنوان البريد الإلكتروني للداعم (إن أمكن)

رقم (أرقام) هاتف الداعم

تاريخ التوقيع

التوقيع

### إقرار وتوقيع الشهود أو توقيع كاتب العدل

يجب توقيع هذه الاتفاقية من قبل شاهدين يبلغان من العمر 18 عامًا على الأقل أو من قبل كاتب عدل.

### الخيار الأول: الشهود

أعرف \_\_\_\_\_ شخصياً أو  
(اسم الشخص الذي يعين الداعم)

حصلت على إثبات لهويته أو هويتها وأعتقد أنه يبلغ أو أنها تبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل ويبرم أو تبرم هذه الاتفاقية عن علم وطواعية. أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.

الشاهد الأول:

الاسم (مطبوعاً)

العنوان

رقم (أرقام الهاتف)

تاريخ التوقيع

التوقيع

الشاهد الثاني:

الاسم (مطبوعاً)

العنوان

رقم (أرقام الهاتف)

تاريخ التوقيع

التوقيع

الخيار الثاني: كاتب العدل

ولاية: \_\_\_\_\_ مقاطعة: \_\_\_\_\_

تم إقرار هذا المستند أمامي في

التاريخ: \_\_\_\_\_ بواسطة \_\_\_\_\_

(اسم البالغ ذو العجز الوظيفي)

(الختم، إن وجد)

و \_\_\_\_\_  
(اسم الداعم)

توقيع كاتب العدل

اسم كاتب العدل (مكتوباً أو مطبوعاً)

تاريخ انتهاء تفويضي: \_\_\_\_\_