

என் மருத்துவச் சிகிச்சைச் சிந்தனைகள் ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE

உங்கள் சிகிச்சை எவ்வாறு நிகழவேண்டுமென்ற உங்கள் விருப்பங்களை உங்களால் சொல்ல இயலாதபோது, இந்தப் படிவம் [form] உதவுகின்றது.

இந்தப் படிவம் உங்கள் மருத்துவச் சிகிச்சை [Health & Medical Care] குறித்த உங்கள் விருப்பங்களை அறிவிக்கும் சட்டரீதியான ஆவணம் [LEGAL DOCUMENT].

உங்கள் விருப்பங்களை [Choices & Wishes] அறிவிக்கும் இந்த ஆவணத்தை உங்கள் உறவினர்கள், நண்பர்கள், மருத்துவர்கள் போன்றோரிடம் கொடுத்து வைப்பீர்; நீங்கள் எவ்விதமான சிகிச்சையை விரும்புகின்றீர்கள் என்பது இதன்மூலம் அவர்களுக்கு விளக்கமாகும்; அது உங்களுக்கே உதவிகரமானதாக இருக்கும்.

இந்தப் படிவத்தின் 3 பகுதிகளாவன:

முதல் பகுதி: இங்கே, உங்கள் சிகிச்சை குறித்து முடிவெடுக்கும் பிரதிநிதி ஒருவரைக் குறிப்பிடுங்கள் (பக்கம் 2 ல்). அவர் சிகிச்சைத் துணைவர் [சி.து.] [Medical Decision Maker] என்று குறிப்பிடப்படுகின்றார். அவரே, உங்களுக்காக, உங்கள் சிகிச்சை குறித்த முடிவுகளை, நீங்கள் பேசி அறிவிக்க இயலாதபோது, அறிவித்துத் துணைநிற்பவர்.

இரண்டாவது பகுதி: இங்கே, [பக்கங்கள் 2 & 3 -ல்] உங்கள் சிகிச்சை குறித்த உங்கள் விருப்பு-வெறுப்புக்களைப் பதிவு செய்யுங்கள். பின்னொரு நாள், உங்களைச் சார்ந்தோர் 'நீங்கள் எவ்வாறு சிகிச்சை பெற விரும்புகின்றீர்கள்' என்பது குறித்து யூகித்துக் குழப்பிக்கொள்ளாதிருக்க இந்தப் பகுதியில் நீங்கள் பதிவு செய்துள்ளவை மிகமிக உதவியாக இருக்கும்.

மூன்றாவது பகுதி: இங்கே, [பக்கம் 4 -ல்] கையொப்பம் இடவும். கையொப்பமிட்ட படிவமே ஏற்புடைய ஆவணம் [VALID DOCUMENT].

முதல் பகுதியில் மட்டுமோ, அல்லது இரண்டாவது பகுதியில் மட்டுமோ, அல்லது, இரண்டு பகுதிகளிலுமோ - உங்கள் விருப்பங்களைப் பதிவு செய்யலாம். மூன்றாவது பகுதியில் இருவர் முன்னிலையில் நிச்சயம் கையொப்பம் இடவேண்டும்.

இந்த ஆவணத்தை உய்யமிட்டமின் என்ன செய்வது....

- உங்கள் உறவினர்கள் / நண்பர்கள் / மருத்துவர்கள் [Doctors / Medical Advisors] / சிகிச்சைத் துணைவர் - போன்றோரிடம் இதன் பிரதிகளைக் கொடுத்துவைக்கவும். [அல்லது இது இருக்குமிடத்தைத் தெரிவித்து வைக்கவும்].
- உங்கள் சிகிச்சை குறித்த கோப்புகள் [Medical Record Files] எங்கெல்லாம் உள்ளனவோ, அவற்றிலெல்லாம் இந்த ஆவணத்தின் பிரதி ஒன்று இருக்கட்டும்.

இந்தப் படிவத்தை பூர்த்தி செய்கையில் ஐயங்கள் எழுந்தால்....

- பரவாயில்லை... சில வினாக்களுக்கு விடை தெரியாவிட்டால், அல்லது விடையளிக்க விரும்பமில்லை என்றால், அவற்றைப் பூர்த்தி செய்யாமல் விட்டுவிடலாம்.
- இந்தப் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்ய மருத்துவர்கள், செவிலியர்கள் [Nurses], சமூகநல ஆலோசகர்கள் [Social Workers], உறவினர்கள், நண்பர்கள் போன்றோர் உதவியை நாடுவதில் தவறில்லை.
- வழக்கறிஞர்கள் [Lawyers] உதவியையும் நாடலாம் [ஆனால், இந்தப் படிவத்தினுள் சட்டரீதியான குறிப்புகள் ஒன்றுமில்லை].

இந்தப் படிவத்தினுள் நீங்கள் விரும்பும் தேர்வு [option] காணப்படவில்லை என்றால்...

- இரண்டாவது பகுதியின் நிறைவில், 00 -என்ற இடத்தில், நீங்கள் சொல்ல நினைப்பவற்றைப் பதிவு செய்யலாம்.

இந்தப் படிவத்தை ஒரு முறை பூர்த்தி செய்தால் போதுமா, அல்லது மறுபடியும் எப்போதாவது பூர்த்தி செய்தல் வேண்டுமா....

- உங்களது விருப்பம் ஏதாவதை மாற்றவேண்டி வந்தால்... ● உங்களது உடல் நலம் / நோயில் மாற்றம் ஏற்பட்டால்...
- உங்களது சிகிச்சைத் துணைவரை [Medical Decision Maker] மாற்றவேண்டி நேரிட்டால் - மீண்டும் பூர்த்தி செய்யவும்.

இந்தப் படிவம் [புதிதாக] பூர்த்தி செய்யப்பட்டால், பழையதை எடுத்துவிட்டு, புதிய ஆவணப் பிரதியை அனைத்து இடத்திலும் வைத்துவிடவும்.

இதன் பிறகு, 00 முதல் 00 வரை குறிப்பிடப்பட்டுள்ள இடங்களில், நீங்கள் உங்கள் விருப்பத்தை / விவரத்தைப் பூர்த்தி செய்யவேண்டும்.

முதல் பகுதி - உங்கள் சிகிச்சை குறித்து முடிவெடுக்கும் பிரதிநிதியை [சிகிச்சைத் துணைவரை] இங்கே நியமனம் செய்யுங்கள்

நீங்கள் நியமிக்கும் உங்கள் சிகிச்சைத் துணைவர் [Medical Decision Maker], உங்களால் பேச அல்லது முடிவு செய்ய இயலாதபோது, உங்களுக்கு ஆற்றவேண்டிய சிகிச்சை குறித்த முடிவுகளை எடுப்பார். [நீங்கள் சிகிச்சைத் துணைவர் ஒருவரை நியமிக்காவிடில், உங்களால் பேச அல்லது முடிவு செய்ய இயலாதபோது, உங்கள் மருத்துவர் உங்களது உறவினர் அல்லது நண்பர் அல்லது சட்ட ஆலோசகர் - ஒருவரைக் கேட்கவேண்டிய கட்டாயம் ஏற்படும். அவ்வாறு கேட்கப்படுவருக்கு உங்கள் விருப்பங்கள் தெரியாதிருந்தால் ஒவ்வாதன விளைய வாய்ப்புண்டு].

நீங்கள் நியமிக்கும் சிகிச்சைத் துணைவர் [சி.து.] [Medical Decision Maker]...

- 18 வயது ஆன, உங்களோடு தயக்கமின்றி உரையாடி விருப்பங்களை அறியவல்லவராக இருத்தல் வேண்டும்.
- தேவைப்படும்போது உங்கள் அருகில் இருக்கக் கூடியவராக இருத்தல் நல்லது.
- உங்கள் விருப்பங்களை நிறைவேற்றுவவராக, உங்கள் நம்பிக்கைக்கு உகந்தவராக இருக்கவேண்டும்.
- நீங்கள் அறிந்தவரை, உங்களது உடல்நிலை குறித்து அவர் நன்கு அறிந்தவராக இருக்கவேண்டும்.
- தயக்கமின்றி உரையாடி, உங்கள் விருப்பங்களை மருத்துவர்க்கு அறிவிப்பவராக இருத்தல் வேண்டும்.
- [அவர் உறவினராக இருந்தாலொழிய] உங்கள் டாக்டரோ அல்லது ஹாஸ்பிடல் ஊழியரோ சிகிச்சைத் துணைவராக இருத்தலைத் தவிர்க்கவும். [உங்களைப் பிரிந்து வாழும் கணவர் / மனைவி, சிகிச்சைத் துணைவராக இல்லாதிருப்பின் நன்று].

END OF PAGE NO. 1

உங்களால் இயலாதகாலை, உங்களது சிகிச்சைத் துணைவர் பின்வருவன குறித்த முடிவுகள் எடுப்பார்...

- உங்களுக்கு உதவும் டாக்டர்கள், செவிலியர்கள், சமூகநல ஆலோசகர்கள், சேவை செய்வோர் யார் ?
- உங்களை சேர்க்கக் கூடிய மருத்துவமனைகள் போன்றவை யாவை ?
- உங்களுக்குத் தரும் மருந்துகள், சிகிச்சை-முறைகள், பரிசோதனைகள் போன்றவை ஏன், எங்கே ?
- உங்களது சிகிச்சை குறித்த ஆவணங்களைப் பார்க்க / உபயோகிக்க அனுமதி உள்ளவர்கள் யார் ?
- உங்களது மறைவுக்குப் பிறகு, உங்கள் உடல் மற்றும் உறுப்புகளின் பயன்பாடும் அடக்கமும் எவ்வாறு ?

பின்வரும் சிகிச்சைகளைத் தொடர்வதா வேண்டாமா என்ற முடிவுகளை (உங்களால் இயலாதபோது) சி.து. எடுப்பார்...

- CPR [Cardio Pulmonary Resuscitation. i.e., இதயத்திற்கும், நுரையீரலுக்கும் அதிர்ச்சி வைத்தியம் செய்வது - மார்பகத்தை அழுத்தி எடுத்து இதய-ரத்த-ஓட்டத்தைச் சீராக்குவது; மின்-துள்ளல் [Electric shock] மூலம் இதயத்தை உசுப்பி விடுவது; இரத்த நாளத்தில் மருந்துகள் செலுத்துவது... போன்றவை.
- Breathing Machine or Ventilator [உங்கள் மூச்சுக்காற்றினை, செயற்கை முறையில், இயந்திரங்களின் உதவியைக் கொண்டு சீராக்குவது; [அவ்வேளையில் உங்களால் பேச இயலாது]].
- Dialysis [இயந்திரங்களால், செயலிழந்த சிறுநீரகத்தின் பணிகளைச் செய்து, ரத்த-சுத்தி செய்தல்].
- Feeding Tube [மூக்கில் {அல்லது அறுவை சிகிச்சை மூலம், வேறு இடத்தில்} வைக்கப்பட்ட குழாய்களின் மூலம் உணவு செலுத்துவது].
- I V Blood and/or Liquid Transfusions [ரத்தத்தையோ திரவங்களையோ நாளங்கள் மூலம் செலுத்துவது].
- Surgery [அறுவை சிகிச்சைகள்].
- Medicines [உங்களுக்குத் தரப்படும் மருந்து வகைகள்].

இறுதிக் கட்டத்தில், உங்கள் சிகிச்சைத் துணைவர் எடுக்கக்கூடிய முடிவுகளில் சில...

- மத போதகர் / ஆசார்யாரை அழைப்பது
- இறுதி மூச்சு விடுமிடம் இல்லமா / மருத்துவமனையா ?
- உடற்கொள்கை / உறுப்பு தானம் உண்டா ?
- உடலைக் காட்டில் இடுதலா அல்லது சுடுதலா ?

இந்த ஆவணத்தின் மூலம் நீங்கள் உங்கள் சிகிச்சைத் துணைவருக்கு வழங்கும் அதிகாரங்களில் சில....

- செயற்கை சுவாசம் முதலான உபகரணங்களைத் (Life Support Systems) தொடர்வதா, எடுத்துவிடுவதா ?
- உங்களது மறைவுக்குப் பிறகு உறுப்பு தானம் உண்டா ? அந்திமக் கிரியைகள் எவ்வாறு ?

உங்கள் சிகிச்சைத் துணைவர் ஏதாவது முடிவுகள் எடுக்கக்கூடாது என்று

நீங்கள் நினைத்தால், அவற்றைக் கீழே பதிவு செய்யவும்:

01

.....
.....
.....

02 எனது சிகிச்சைத் துணைவராகப் பின்வருபவரை நியமிக்கின்றேன்:

[First Name & Last Name] :பேர் - 1 : :பேர் - 2 : [உறுவு]

[முழுமையான முகவரி]

03 தேவைப்பட்டால், முன் சென்றவர்க்கு மாற்றாக, பின்வருபவர் சிகிச்சைத் துணைவராகச் செயல்படுவார்:

[First Name & Last Name] :பேர் - 1 : :பேர் - 2 : [உறுவு]

[முழுமையான முகவரி]

04 உங்களது பெயரை இங்கே பதிவு செய்க →

To make your own Health Care Choices, Continue with Part 2. If you are done, Go to Part 3 and sign this form.

இரண்டாவது பகுதி - உங்கள் சிகிச்சை குறித்த உங்கள் விருப்பு-வெறுப்புகளை இங்கே பதிவு செய்க.

உங்கள் வாழ்க்கையில், நீங்கள் எதைப் பெருமளவில் பொருட்படுத்துகின்றீர்கள்? [தரமான வாழ்க்கை குறித்து ஒவ்வொரு மனிதனின் கருத்தும் மாறுபடுவதால், இந்தக் கேள்வி எழுகிறது.] உங்களது குறிக்கோள் என்ன? உபகரணங்களின் உதவியோடாயினும், உபாதைகள் தொடரின்னும், உறவோடும் நடபோடும் உரையாட இயலாவிடினும் - இயன்றவரை நெடுநாட்கள் ஜீவித்திருக்க விழைபவரா நீங்கள்? அல்லது, இயன்றவரை உடலுபாதைகளின்றி இருந்துவிட்டு, உபகரணங்களால் வாழ்வை நீட்டித்துக் கொள்ளாமல், கடைசிநாட்களை அமைதியாக எதிர்கொள்ள விரும்புவவரா நீங்கள்? அல்லது, இவ்விரண்டிற்கும் இடைப்பட்டவரா? இன்றைய மன நிலையில், மற்றும் வாழ்வின் இறுதி நாளை எதிர்கொள்ளும்போது, எதற்கு முக்கியத்துவம் அளிப்பீர்கள்? இந்தப் பகுதியில் உங்கள் சிந்தனைகள் பதிவாகட்டும்....

END OF PAGE NO. 2

05 அடுத்து வரும் கோட்டிலுள்ள 5 இடங்களில் நீங்கள் எங்கே இருக்கின்றீர்கள்? ஒரு X குறி இடவும். இன்றைய மனநிலையில்....

<p>◇ ◇</p> <p>எந்த உபாதையினால் பரவாயில்லை. நான் தொடர்ந்து வாழ விழைகின்றேன்</p>	<p>◇ ◇</p> <p>இந்த இரு துருவ சிந்தனைகட்கும் இடையட்டு இருக்க ஆசையுட்கின்றேன்</p>	<p>◇ ◇</p> <p>இயன்றவரை உபகரணங்கள் தரும் உபாதைகள் இன்றி அமைதியாக இருக்கவே விரும்புகின்றேன்</p>
--	---	---

06 முடிவு நெருங்குவதை உணர்ந்துவிட்ட நிலையில் நீங்கள் எப்படி இருக்க முயல்வீர்கள்? அடுத்து வரும் கோட்டிலுள்ள 5 இடங்களில் நீங்கள் இருக்க விழையும் இடம் ஒன்றில் ஒரு X குறி இடவும். இறுதிக் காலத்தில்

<p>◇ ◇</p> <p>எந்த உபாதையினால் பரவாயில்லை. நான் தொடர்ந்து வாழ விழைவேன்</p>	<p>◇ ◇</p> <p>இந்த இரு துருவ சிந்தனைகட்கும் இடையட்டு இருக்க முயல்வேன்</p>	<p>◇ ◇</p> <p>இயன்றவரை உபகரணங்கள் தரும் உபாதைகள் இன்றி அமைதியாக இருக்கவே விரும்புவேன்</p>
--	---	---

07 இறுதிக் கட்டத்தில்... உங்கள் வாழ்க்கையில், நீங்கள் எதைப் பெருமளவில் பொருட்படுத்துகின்றீர்கள்? [தரமான வாழ்க்கை குறித்து ஒவ்வொரு மனிதனின் கருத்தும் மாறுபடுவதால், இந்தக் கேள்வி எழுகிறது!] உங்களுக்கு எது முக்கியமானது? சிலர் எத்துணை இடர்ப்பாடுகள், உபாதைகள் அனுபவிக்கவேண்டி வந்தாலும் சகித்துக்கொண்டு, இயன்றவரை நெடுநாட்கள் ஜீவித்திருக்க விழைகின்றனர். வேறு சிலர் அவ்வாறான உருத்தல்கள் வறுத்திக்கொண்டு இருக்கும்போது நீண்ட வாழ்க்கை வேண்டுமா என்கின்றனர். இறுதி நாட்களில் உருத்தல்களை அதிகரித்து அவற்றால் வாழ்க்கையின் சுவையைக் குறைக்கக்கூடிய அவ்வாறான நிகழ்வுகள் சிலவற்றைக் கீழே தந்துள்ளோம். அவற்றுள், "எப்படியாயினும் தொடர்ந்து வாழவேண்டும்" என்ற உங்கள் எண்ணத்தை மாற்றக்கூடிய சில இருக்கலாம். அவற்றைப் பற்றி நன்கு சிந்தித்து, அவற்றின் தொடக்கத்திலுள்ள சதுரத்தில் ✓ குறி இடுங்கள்.

- எழுந்திருக்க முடியாமல், மற்றொரோடு உரையாட இயலாமல், 'கோமா'-வில் கிடப்பது.
- உடலோடு இணைக்கப்பட்ட உபகரணங்கள் இல்லாமல் உயிர் வாழ இயலாமல் கிடப்பது.
- Dementia போன்ற உபாதைகளால், சிந்திக்கும் திறனை இழந்து கிடப்பது.
- உண்டு, உடுத்து, உறங்கி - தன்னைத்தானே கவனித்துக்கொள்ள இயலாமல் கிடப்பது.
- தானாகவே / தனித்து வாழ்ந்து தன்னைக் கவனித்துக்கொள்ள இயலாமல் கிடப்பது.
- இடைவெளியின்றித் தொடரும் வலி / உபாதை போன்ற அசௌகரியங்களால் தவித்துக்கொண்டு கிடப்பது.
- வேறு காரணங்கள் [இருந்தால் குறிப்பிடுக]

- அல்லது, மேற்சொன்னவை போன்ற அனைத்தையும் சகித்துக்கொண்டு நெடுநாட்கள் வாழ விழைவது.

[மேற்கூறியவாறு ஏன் சிந்திக்கின்றீர்கள் என்பதைக் கூற விரும்பினால், இந்தப் பகுதியின் இறுதியிலுள்ள 09-ன் கீழ் எழுதவும்]

08 உங்களுக்கு சமய (மத)க் கோட்பாடுகள் முக்கியமா? ஆம் இல்லை 09 உங்கள் மதம்:

10 உங்களது மத நம்பிக்கை குறித்து மற்றவர்க்கு ஏதாவது அறிவிக்கவேண்டியிருந்தால் குறிப்பிடவும்:

11 இறுதி மூச்சு எங்கே பிரியவேண்டி விரும்புகின்றீர்கள்? வீட்டில் மருத்துவமனையில் ஏதாவதொன்றில்

12 இறுதிக் கட்டத்தில்... உங்கள் வாழ்க்கைத் தரத்தையும், மருத்துவத் தேவைகளையும் எவ்வாறு சமன் செய்து சீர்தூக்க விரும்புகின்றீர்கள்? உங்கள் உடல்நிலை கீழேநாக்கிச் செல்வதால், முடிவு நெருங்குவதாக நீங்கள் உணர்ந்தால், கீழே தரப்பட்டுள்ளவற்றுள் எந்த ஒரு நிகழ்வை நீங்கள் தெரிநெடுப்பீர்கள்? [ஒன்றே ஒன்றை மட்டும் தெரிவு செய்க] நன்கு சிந்தித்து, தொடக்கத்திலுள்ள ஒரு சதுரத்தில் மட்டும் ✓ குறி இடுங்கள்.

- அனைத்து உயிர் காக்கும் சாதனங்களும் [Life Support Treatments (LST)] இறுதி மூச்சு வரை தொடரட்டும்.
- LST சாதனங்களைப் பொறுத்திச் சோதித்து, அவை பயனில் எனத் தெரிந்தால், அவை அகற்றப்படட்டும்.
- எனக்கு LST சாதனங்களே வேண்டாம்; இயல்பாகவே கிடந்து, நான் முடிவைத் தேட விழைகின்றேன்.

13 0௬ முடிவு குறித்து உங்கள் டாக்டருக்கு ஏதாவது சொல்ல விரும்பினால் இங்கே பதிவு செய்யவும்:

14 நீங்கள் சிகிச்சை பெற விரும்பும் குறிப்பிட்ட மருத்துவமனை ஏதாவது உண்டா? (Order Of Preference, if any) :

- ① ②
- ③ ④

15 உங்களது பெயரை இங்கே பதிவு செய்க →

END OF PAGE NO. 3

உங்கள் சிகிச்சைத் துணைவர், பின்னர் விடையளிக்க ஏதுவாக, உங்கள் விரும்பத்தைக் கீழே அறிவிக்கவும்...

* உடல் / உறுப்புகள் பயன்படும் என்பதை டாக்டரிடம் உறுதி செய்துகொண்ட பின்னரே, சிகிச்சைத் துணைவர் ஒப்புதல் அளிக்கவேண்டும்.

16 உடலுறுப்பு தானம்: என் முழு உடலும் மருத்துவ ஆராய்ச்சிக்கு உதவட்டும்.

* என் உடல் உறுப்புகள் எடுக்கப்பட்டு, மற்றோருக்கு உதவட்டும்.

எந்த உறுப்பாயினும் சரியே. இந்த உறுப்புகள் மட்டும் ▶

மன்னிக்கவும். என் உடலோ, அதன் உறுப்புகளோ தானமாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டாம்.

17 உடற்கூறாய்வு (AUTOPSY): செய்யலாம் செய்யக்கூடாது சட்டப்படி தேவை மேற்பட்டால் செய்யலாம்.

18 டாக்டர்கள் ஆலோசனையை அனுசரித்து, உங்கள் சிகிச்சைத் துணைவருக்கு, உங்கள் விரும்பங்களை மாற்றி முடிவெடுக்க அனுமதி வழங்குகின்றீர்களா ?

முழு சுதந்திரம் அளிக்கின்றேன். கீழே நான் குறிப்பிட்டுள்ளவற்றைத் தவிர மற்றவற்றில் முழு சுதந்திரம் அளிக்கின்றேன்.

மன்னிக்கவும். என் விரும்பம் எதையும், டாக்டர் ஆலோசனையின்படிக்கூட, அவர் மாற்றவேண்டாம்.

19 டாக்டருக்கோ, சிகிச்சைத் துணைவருக்கோ நீங்கள் வேறு ஏதாவது சூற விரும்பினால், இங்கே பதிவு செய்யலாம் ()

மூன்றாவது பகுதி - கீழே கையொப்பங்கள் இடவும்

நீங்கள் இரண்டு சாட்சிகளுடன் கையொப்பம் இட்ட பின்னரே, இந்தப் படிவம் ஆவணமாகும்.

20 உங்கள் கையொப்பம், தேதியுடன் →:

நீங்கள் பிறந்த தேதி →:

உங்களது பெயரை இங்கே பதிவு செய்க → (First Name, followed by Last Name) தொலைபேசி எண்கள் :

[உங்களது முழுமையான முகவரி] :

சாட்சிகள் [நீங்கள் ஒப்பம் இடுவதை நேரில் பார்த்தவர்கள்]

18 வயது நிரம்பிய, சிகிச்சைத் துணைவராக இல்லாத, உங்களை அறிந்த, நீங்கள் கையொப்பம் இடுவதைப் பார்த்தவரே சாட்சியாக இருக்கலாம்.

21 சாட்சிகளின் ப்ரமாணம்: மேலே ஒப்பமிட்டுள்ள (Name of the person who has signed at 20 above)

18 வயது நிரம்பிய என் முன்னிலையில் ஒப்பமிட்டுள்ளார். அவருக்கு நான் சிகிச்சைத் துணைவர் அல்ல.

22 சாட்சி-1 (நேரில் பார்த்தவர்) கையொப்பம், தேதியுடன் →:

ஷெயாரின் பெயரை இங்கே பதிவு செய்க → [First Name & Last Name] தொலைபேசி எண் :

[ஷெயாரின் முழுமையான முகவரி]

23 சாட்சி-2 (நேரில் பார்த்தவர்) கையொப்பம், தேதியுடன் →:

ஷெயாரின் பெயரை இங்கே பதிவு செய்க → [First Name & Last Name] தொலைபேசி எண் :

[ஷெயாரின் முழுமையான முகவரி]

END OF PAGE NO. 4 - END OF DOCUMENT

This document is Adapted & Compiled from similar documents in use abroad, at a number of countries. Please send your opinion & feed-back to: SWARNAPURI SRIDHARAN, CHENNAI-61. LL ☎ 044-22241414, Cell ☎ 944 544 1414, WhatsApp ☎ 944 544 1414, eMail ✉ sridharan.9445441414@gmail.com This form may be freely copied / printed / re-printed and made use of, by anybody... To download this form, in Tamil or English, visit: <http://swarnapuri.in/>