KENTUCKY

LIVING WILL PACKET

Living Wills In Kentucky

A Living Will gives you a voice in decisions about your medical care when you are
unconscious or too ill to communicate. As long as you are able to express your own
decisions, your Living Will will not be used and you can accept or refuse any medical
treatment. But if you become seriously ill, you may lose the ability to participate in decisions
about your own treatment.

**You have the right to make decisions about your health care. No**
**health care may be given to you over your objection, and necessary**
**health care may not be stopped or withheld if you object.**

The Kentucky Living Will Directive Act of 1994 was passed to ensure that citizens have the
right to make decisions regarding their own medical care, including the right to accept or
refuse treatment. This right to decide — to say yes or no to proposed treatment — applies
to treatments that extend life, like a breathing machine or a feeding tube.

In Kentucky a Living Will allows you to leave instructions in four critical areas. You can:

• Designate a Health Care Surrogate

• Refuse or request life prolonging treatment

• Refuse or request artificial feeding or hydration (tube feeding)

• Express your wishes regarding organ donation

Everyone age 18 or older can have a Living Will. The effectiveness of a Living Will is
suspended during pregnancy.

It is not necessary that you have an attorney draw up your Living Will. Kentucky law

(**KRS 311.625**) actually specifies the form you should fill out. You probably should see an
attorney if you make changes to the Living Will form. The law also prohibits relatives, heirs,
health care providers or guardians from witnessing the Will. You may wish to use a Notary
Public in lieu of witnesses.

The Living Will form includes two sections. The first section is the Health Care Surrogate
section which allows you to designate one or more persons, such as a family member

or close friend, to make health care decisions for you if you lose the ability to decide for
yourself. The second section is the Living Will section in which you may make your wishes
known regarding life-prolonging treatment so your Health Care Surrogate or Doctor will
know what you want them to do. You can also decide whether to donate any of your organs
in the event of your death.

When choosing a surrogate, remember that the person you name will have the power
to make important treatment decisions, even if other people close to you might urge a

different decision. Choose the person best qualified to be your health care surrogate. Also,
consider picking a back-up person, in case your first choice isn’t available when needed.

Be sure to tell the person that you have named them a surrogate and make sure that
the person understands what’s most important to you. Your wishes should be laid out

specifically in the Living Will.

If you decide to make a Living Will, be sure to talk about it with your family and your doctor.
The conversation is just as important as the document.

A copy of any Living Will should be put in your medical records. Each time you are admitted
for an overnight stay in a hospital or nursing home, you will be asked whether you have a
Living Will. You are responsible for telling your hospital or nursing home that you have a
Living Will.

If there is anything you do not understand regarding the form, you might want to discuss
it with an attorney. You can also ask your doctor to explain the medical issues. When
completing the form, you may complete all of the form, or only the parts you want to use.

this packet.

You are not required by law to use these forms. Different forms, written the way you want,
may also be used. You should consult with an attorney for advice on drafting your own
forms.

You are not required to make a Living Will to receive healthcare or for any other reason. The
decision to make a Living Will must be your own personal decision and should only be made
after serious consideration.

For additional copies of this packet, you may download it from the Attorney General’s
website at [**https://ag.ky.gov/consumer-protection/livingwills** or make photocopies of](https://ag.ky.gov/consumer-protection/livingwills)

*This packet is provided to you by the Office of the Attorney General for informational purposes only.*

*The OAG does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in employment*
*or in the provision of services and provides upon request, reasonable accommodation necessary to afford individuals*

*with disabilities an equal opportunity to participate in all programs and activities.*

*Copies printed with state funds.*

**instructions for compLeting the KentucKy Living**
 **WiLL form**

The Living Will form should be used to let your physician and your family know what kind of
life-sustaining treatments you want to receive if you become terminally ill or permanently
unconscious and are unable to make your own decisions. This form should also be used if
you would like to designate someone to make those healthcare decisions for you should you
become unable to express your wishes.

**NOTE: You may fill out all or part of the form according to your**
**wishes. Keep in mind that filling out this form is not required for any**

**type of healthcare or any other reason. Filling out this form should**
**solely be a personal decision.**

1.  Read over all information carefully before filling out any part of the form.

2.  At the top of the form in the designated area, print your full name and birth date.

3.

The first section of the form on page one relates to designating a “Health Care
Surrogate.” Fill this section out if you would like to choose someone to make your

healthcare decisions for you should you become unable to do so yourself. When choosing
a surrogate, remember that the person you name will have the power to make important

treatment decisions. Choose the person best qualified to be your health care surrogate.
Also, consider picking a back-up person, in case your first choice isn’t available when

needed. Be sure to tell the person that you have named them a surrogate and make
sure that the person understands what’s most important to you. **Do not complete this**
**section if you do not wish to name a surrogate.**

4.

The next section of the form is the “Living Will Directive.” Fill out this section to identify
what kinds of life-sustaining treatments you want to receive should you become

terminally ill or permanently unconscious.

**Life Prolonging Treatment**

Under this bolded section on page one, you may designate whether or not you
wish to receive treatment (such as a life support machine), and be permitted

to die naturally, with only the administration of medication or treatment
deemed necessary to alleviate pain. If you do not want treatment, except

for pain, and would like to die naturally, check and initial the first line. If you
want life-sustaining treatment, check and initial the second line. Check and

initial only one line.

**Nourishment and/or Fluids**

Under this bolded section on page two, you may designate whether or not you
wish to receive artificially provided food, water, or other artificially provided

nourishment or fluids (such as a feeding tube). If you do not want to receive
artificial nourishment or fluids, check and initial the first line. If you want to
receive nourishment and/or fluids, check and initial the second line. Check

and initial only one line.

**Surrogate Determination of Best Interest**

**Important: This section cannot be completed if you have completed**
**the two previous bolded sections.** Under this bolded section on page two,

IF you have designated a person as your surrogate in the first section, you
may allow that person to make decisions for you regarding life-sustaining

treatments and/or nourishment. Check and initial this line ONLY if you wish
to allow your surrogate to make decisions for you and if you do not want to

detail your specific life-sustaining wishes on this form.

**Organ/Tissue Donation**

Under this bolded section on page two, you may designate whether or not
to donate your all or any part of your body upon your death. If you wish to

donate all or part of your body, check and initial the first line. If you do not
want to donate all or part of your body, check and initial the second line.

Check and initial only one line.

5.

On page three, you will sign and date the form. Sign and date the form **in the**
**presence of two witnesses over the age of 18 OR in the presence of a Notary**
**Public.**

The following people CANNOT be a witness to or serve as a notary public:
a)  A blood relative of yours;

b)  A person who is going to inherit your property under Kentucky law;

c)  An employee of a health care facility in which you are a patient (unless the
employee serves as a notary public);

d)  Your attending physician; or

e)  Any person directly financially responsible for your health care.

6.

Once you have filled out the Living Will and either signed it in the presence of witnesses
or in the presence of a notary public, give a copy to your personal physician and any

contacts you have listed in the Living Will. A copy of any Living Will should be put in

your medical records. Remember, you are responsible for telling your hospital or nursing
home that you have a Living Will. Do not send your Living Will to the Office of the

Attorney General.

**KentucKy Living WiLL Directive anD heaLth care**
 **surrogate Designation of**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (PRINTED NAME)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (DATE OF BIRTH)

My wishes regarding life-prolonging treatment and artificially provided nutrition and
hydration to be provided to me if I no longer have decisional capacity, have a terminal
condition, or become permanently unconscious have been indicated by checking and
initialing the appropriate lines below.

**heaLth care surrogate Designation**

By checking and initialing the line below, I specifically:

\_\_\_\_\_\_\_ (check box and initial line, if you desire to name a surrogate)

Designate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ as my health care surrogate(s) to

make health care decisions for me in accordance with this directive when I no

longer have decisional capacity. If \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ refuses or is not

able to act for me, I designate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ as my health

care surrogate(s).

Any prior designation is revoked.

**Living WiLL Directive**

If I do not designate a surrogate, the following are my directions to my attending physician.
If I have designated a surrogate, my surrogate shall comply with my wishes as indicated

below. By checking and initialing the lines below, I specifically:

**Life  Prolonging  Treatment** (check and initial only one)

\_\_\_\_\_\_\_ (check box and initial line, if you desire the option below)

Direct that treatment be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die
naturally with only the administration of medication or the performance of any
medical treatment deemed necessary to alleviate pain.

\_\_\_\_\_\_\_ (check box and initial line, if you desire the option below)

DO NOT authorize that life-prolonging treatment be withheld or withdrawn.

**Nourishment  and/or  Fluids** (check and initial only one)

\_\_\_\_\_\_\_ (check box and initial line, if you desire the option below)

Authorize the withholding or withdrawal of artificially provided food, water, or
other artificially provided nourishment or fluids.

**Living WiLL Directive — continueD**

\_\_\_\_\_\_\_ (check box and initial line, if you desire the option below)

DO NOT authorize the withholding or withdrawal of artificially provided food,
water, or other artificially provided nourishment or fluids.

**Surrogate  Determination  of  Best  Interest**

**NOTE:  If  you  desire  this  option,  DO  NOT  choose  any  of  the  preceding  options**
**regarding  Life  Prolonging  Treatment  and  Nourishment  and/or  Fluids**

\_\_\_\_\_\_\_ (check box and initial line, if you desire the option below)
Authorize my surrogate, as designated on the previous page, to withhold or

withdraw artificially provided nourishment or fluids, or other treatment if the
surrogate determines that withholding or withdrawing is in my best interest; but I

do not mandate that withholding or withdrawing.

Organ/Tissue/Eye Donation

I certify that I am eighteen (18) years of age or older and of sound mind, and that upon my
death, I hereby give:

Check appropriate boxes and initial the line beside that box:

\_\_\_\_\_\_\_ Any needed organs, tissues, and eye/corneas

**or**

The following organs or tissues only (check and initial all that apply):

\_\_\_\_\_\_\_ All needed organs

\_\_\_\_\_\_\_ All needed tissues

\_\_\_\_\_\_\_ Corneas

\_\_\_\_\_\_\_ Eyes

\_\_\_\_\_\_\_ Other

**or**

\_\_\_\_\_\_\_ Only the specified organs/tissues as listed:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organs that can be donated: heart, lungs, liver, pancreas, kidneys, and small bowel.

Tissues that can currently be donated: skin (outermost layer from lower trunk and
abdomen), bone, heart valves, leg veins, pericardium, vertebral bodies.

Eye donation can be the corneas (outer most layer), the sclera (shell), or the entire eye.

In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-prolonging treatment
and artificially provided nutrition and hydration, it is my intention that this directive shall be

honored by my attending physician, my family, and any surrogate designated pursuant to
this directive as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment

and I accept the consequences of the refusal.

If I have been diagnosed as pregnant and that diagnosis is known to my attending
physician, this directive shall have no force or effect during the course of my pregnancy.

I understand the full import of this directive and I am emotionally and mentally competent
to make this directive.

Signed this \_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
*(signature and address of the grantor)*

Have two adults witness your signature OR have signature notarized.\*

In our joint presence, the grantor, who is of sound mind and eighteen (18) years of age, or
older, voluntarily dated and signed this writing or directed it to be dated and signed for the

grantor.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
*(signature and address of witness)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
*(signature and address of witness)*

**or**

COMMONWEALTH OF KENTUCKY, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ County

Before me, the undersigned authority, came the grantor who is of sound mind and eighteen
(18) years of age or older, and acknowledged that he/she voluntarily dated and signed this

writing or directed it to be signed and dated as above.

Done this \_\_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Signature of Notary Public

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Date commission expires

*\* None of the following shall be a witness to or serve as a notary public or other person authorized to administer oaths*
*in regard to any advance directive made under this section:*

*a)*
*b)*
*c)*

*d)*
*e)*

*A blood relative of the grantor;*

*A beneficiary of the grantor under descent and distribution statutes of the Commonwealth;*

*An employee of a health care facility in which the grantor is a patient, unless the employee serves as a*
*notary public;*

*An attending physician of the grantor; or*

*Any person directly financially responsible for the grantor’s health care.*

*NOTICE: Execution of this document restricts withholding and withdrawing of some medical procedures. Consult*
*Kentucky Revised Statutes or your attorney.*

*A person designated as a surrogate pursuant to an advance directive may resign at any time by giving written notice*
*to the grantor; to the immediate successor surrogate, if any; to the attending physician; and to any health care*

*facility which is then waiting for the surrogate to make a health care decision. Made Fillable by*[*eForms*](https://eforms.com)