

مئادل ايمس رلا ليكوتل

(Durable power of attorney)

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

هې قوڭۇم بىررق واؤ قىيىدىص رايىت خاب يىمىسى دارلا ليكوتل جۇمۇن كەل حەمىسى
جۇمانلارلا. ئىچىلىق تاراقدا خاتىف كەتدىغانلىك
(تامىلىعتلار)

Fill out forms online

- Durable Power of Attorney (Finances and/or Health Care)

Form attached:

ةيحصل ا ئياعرلل مئاد يمسر ليكوت (NJP Planning 501 AR)

Form attached:

ةيلاملا نوؤشلل يمسر ليكوت (NJP Planning 500 AR)

؟ليكوتلا وه ام

هـب قـوـثـوم بـيـرق وـأـقـيـدـصـ رـايـتـخـاب يـمـسـرـلـا لـيـكـوتـلـا جـذـومـنـ كـلـ حـمـسـيـ
عـقـوـتـ نـأـ دـعـبـ .ةـيـحـصـلـ ا ئـيـاعـرـلـا وـأـوـ كـلـ اوـمـأـ نـأـشـبـ تـارـارـقـ ذـاخـتـاـ يـفـ كـتـدـعـاسـمـلـ
لـيـكـوتـلـا هـيـلـعـ كـرـايـتـخـا عـقـوـيـذـلـا صـخـشـلـا ذـخـأـيـ فـوـسـ ،ةـقـيـثـولـا هـذـهـ
نـمـ اـهـرـيـغـ وـقـسـرـدـمـلـا وـأـكـنـبـلـا وـأـقـيـحـصـلـ ا ئـيـاعـرـلـا يـمـدـقـمـىـلـإـ يـمـسـرـلـا
كـنـعـ ئـبـاـيـنـ دـوـقـعـلـا عـيـقـوـتـ وـتـارـارـقـلـا ذـاخـتـالـ تـاسـسـؤـمـلـاـ

يـفـ كـتـدـعـاسـمـلـ هـتـرـتـخـاـ يـذـلـاـ هـبـ قـوـثـومـلـاـ بـيـرـقـلـاـ وـأـقـيـدـصـلـاـ ىـلـعـ قـلـطـيـ وـ
.لـيـكـولـاـ "ةـيـحـصـلـ ا ئـيـاعـرـلـا وـأـوـ ئـيـلـامـلـا نـوـؤـشـلـاـبـ ةـقـلـعـتـمـلـاـ كـتـارـارـقـ

كـلـيـكـوـ نـاـكـمـإـبـ نـأـ ىـلـعـ صـنـ اـذـإـ ("مـئـادـ" وـأـ) "رمـتـسـمـ" يـمـسـرـلـاـ لـيـكـوتـلـاـ حـبـصـيـ
ذـاخـتـاـ ىـلـعـ رـدـاقـ رـيـغـ تـحـبـصـأـوـ ئـبـاـصـإـلـ تـضـرـعـتـ وـأـ تـضـرـمـ اـذـإـ تـحـ هـمـاـدـخـتـسـاـ
كـسـفـنـ نـأـشـبـ تـارـارـقـ

؟لـدـعـ بـتـاـكـ مـامـأـ يـمـسـرـلـاـ يـلـيـكـوتـ عـيـقـوـتـ ىـلـإـ جـاتـحـأـ لـهـ

ممل نإ .لدع بتاك ماماً يمسرلا ليكوتل اتارامتسا عيقوتب يصوبي
دوهشل ا نم نينثا ماماً اهعيقوت كنكجي ،لدع بتاك ىلع روثعل ا عطتست
ةصالخ ،قىيثوتل ا لضفي ،كـلـذـعـمـوـ .كـلـذـنـمـ آلـدـبـ "ةـحـلـصـمـلـاـ يـمـيـدـعـ"
ةـىـلـاـمـلـاـ نـوـؤـشـلـلـ مـئـادـلـاـ لـىـكـوتـلـلـ ئـبـسـنـلـابـ

؟اهعىقوت دعب هل عف ي لع نيعت ي يذلا ام

لیکو رایت خاو یب صاخلا یم سرلا لیکوتلا رییغت یننکمی لہ
؟دی دج

راغش إاب تقو يأ يف يممس رلا اكلي كوت (بحس كنكمي) ئاغل إكنك مي . معن
كلى كوتلى باتك

ل يكوت جذونن ىلع عيقوتلار كنكمي ، ميدقلاري مسرا كل يكوت ءاغلإ دعب
نم دكأت ، ديدجلال يكوتلار جذونن يف . فلتخم ليك و راي تحال ديدج يمسرا
ةقباسلا ل يكوتلار جذامن عيمج ءاغلإ مت هنأ

؟ي ب صالح لى كوتل جذونم لبقي نل كنبلا نأ ول اذام

جذومن لبقي نل هنأب كليك و رخآل مع يأ وأ كنبلا ربخي دق آن اي حأ
كلذ ثودح ئيناكم إل ناعئاش ناببس كانه .كب صالحا يمسرلا ليكوتل

يمسرلا ليكوتل جذومن نأى لع نطنشاو نيناو قصنت **قطوم ريغ جذومنلا**
دوهشل نم نينثا ماماً **وأ** لدع بتاك ماماً هعقوت امدنع آيراس نوكبي كب صالح
بجي هنأى لع رصت يرخآل الامعألا وأ كونبل ضعب نكلو ."ةحلصملا يمي دع
نكمي نكلو .لدع بتاك ماماً ديدج جذومن عيقوت كنكمي .آقطوم نوكبي نأ
نوناق لى ريشي و ينوناقلا مهمسق لى ثدحتل بلطى نأاضيأ كليكول

11.125.050 لدعملا نطنشاو

دق كجذومن ناك إذا (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>)
يمدي دع" دوهشل نم نينثا لبقي نم حيحصل كشب هي لع ئاداهشل تمت
نيناو ق بجومب آيراس لظي جذومنلا نإف ،هقي ثوت نمّالدب "ةحلصملا
هلو بق كب صالحا كنبلا لع **يغبني** .نطنشاو

هذه يف ئادوجوملا ليكوتل جذامن نوكت .**"حبحصل" جذومنلا سيل**
لامعألا و كونبل ضعب نكل ،نطنشاو نيناو ق بجومب آيراس ئاحفصلا
لمع وأ كنب لبقي مل إذا ??? صالحا جذومنلا مدخلتسن نأيف بغرت يرخآل
لاصتا بلطى نأ كليكول نكمي ،كب صالحا يمسرلا ليكوتل جذومن رخآل
11.125.050 لدعملا نطنشاو نوناق لى ريشي نأو ينوناقلا مهمسق

نطنش او نوناق و (https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050)

(أ) (أ) 11.125.200 لدعمل ا

(https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200)

لبقيس هنإ كنبلا لوقى دق .دامتع ا مي دقت عالكولا نم بلطي نأ نكمي
ليكوتلا جذون نأ دكؤي "دامتع ا" ناي بى لع ليكولا عقو اذإ طقف ليكوتلا
بجي ،دامتع ا ناي ب ديري كنبلا ناك اذإ ،كلذ عم و .ينوناق اذه .يراس يمسرلا
ليكوتلا جذون هي ف مهي طمعت يذلا مويلا نم مأي 7 لالخ هبلط مهيلع
دامتعالا ناي بى لع عقوي نأ بجي ليكولا طقف .يمسرلا

ناضوري ةسسؤمل ا وأ كنبلا ناك اذإ ئينوناق ةدعاسم ىلع لوصحلا لواح
مهجذامن مادختس ا كنم نابلطتي وأ كجذون

WashingtonLawHelp.org gives general information. It is not legal advice.

Find organizations that provide free legal help on our Get legal help page.

Durable Power of Attorney for Health Care

My name is _____.

My date of birth is _____.

Agent. I choose (name) _____ as my Agent with full authority to manage my health care.

Alternate. If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose (name) _____ as my Agent with full authority to manage my health care.

2nd Alternate. If both the agent and alternate named above are unable or unwilling to act, I choose (name) _____ as my Agent with full authority to manage my finances.

My Rights. I keep the right to make health care decisions for myself if I am capable.

Durable. My Agent can use this power of attorney to manage my affairs even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. My disability will not affect this power of attorney.

Start Date. This power of attorney is effective on the day I sign it.

End Date. This power of attorney will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney will end if either of us files for divorce in court.

Revocation. I revoke any other power of attorney for health care documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

Powers. My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including, but not limited to, the power to:

وكيل رسمي دائم للرعاية الصحية

اسمي هو _____.

تاريخ ميلادي هو _____.

وكيل. أختار (الاسم) _____ كوكيل لي مع صلاحيات كاملة لإدارة الرعاية الصحية الخاصة بي.

وكيل بديل. إذا كان الوكيل المسمى أعلاه غير قادر أو راغب في التصرف، فأنا أختار (الاسم) _____ كوكيل لي مع صلاحيات كاملة لإدارة الرعاية الصحية الخاصة بي.

البديل الثاني. إذا كان كل من الوكيل والبديل المذكورين أعلاه غير قادرين أو غير راغبين في العمل، أختار (الاسم) _____ كوكيل لي مع السلطة الكاملة لإدارة شؤوني المالية.

حقوقي. أحافظ بحقني في اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية بنفسي إذا كنت قادرًا على ذلك.

دائم. يمكن لوكيلتي استخدام هذا التوكيل لإدارة شؤوني حتى لو مرضت أو أصبحت ولم تستطع اتخاذ قرارات بشأن نفسي. فإن إعاقتي لن تؤثر على هذا التوكيل.

تاريخ بدأ السريان. يصبح هذا التوكيل ساري المفعول في يوم توقيعي عليه.

تاريخ انتهاء السريان. سنتهي صلاحية هذا التوكيل إذا ألغيته أو عند وفاتي.

إذا كان زوجي أو شريك في المنزل هو الوكيل الخاص بي، فسينتهي هذا التوكيل إذا تقدم أي منا بطلب للطلاق في المحكمة.

الإلغاء. ألغى بموجبه أي وثائق توكيل للرعاية الصحية قد وقعتها في

الماضي. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بالإلغاء إلى وكيلي.

الصلاحيات. للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحية للقيام بأي شيء

بنفس القدر من الكفاءة والفعالية التي يمكنني القيام بها بنفسي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سلطة:

Make health care decisions and give informed consent to my health care	✓ اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية والموافقة المطلعة على رعيتي الصحية
Refuse and withdraw consent to my health care	✓ رفض وسحب الموافقة على رعيتي الصحية
Employ and discharge my health care providers	✓ توظيف وإعفاء مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي
Apply for and consent to my admission to a medical, nursing, residential, or other similar facility that is not a mental health treatment facility	✓ التقدم بطلب والموافقة على قبولي في منشأة طبية أو تمريضية أو سكنية أو أي منشأة أخرى مماثلة ليست منشأة علاج للصحة العقلية
Serve as my personal representative for all purposes under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, as amended	✓ أن أكون ممثلي الشخصي لجميع الأغراض بموجب قانون قابلية نقل التأمين وصلاحية المحاسبة لعام 1996 (HIPAA) وتعديلاته
Visit me at any hospital or other medical facility where I reside or receive treatment	✓ زيارتي في أي مستشفى أو منشأة طبية أخرى أقيم فيها أو ألتقي بها العلاج فيها
Government Benefits. My Agent shall have full power and authority to arrange for and manage all government benefits on my behalf, including but not limited to signing and consenting to applications, contracts, ongoing eligibility review agreements, and care plans for federal and state cash, food, medical, housing, and long-term care benefits and services.	الإعانات الحكومية. يتمتع وكيلي بالسلطة والصلاحية الكاملتين لترتيب وإدارة جميع الاستحقاقات الحكومية نيابة عنِّي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، توقيع والموافقة على الطلبات والعقود وإتفاقيات مراجعة الأهلية المستمرة وخطط الرعاية التي تقم الاستحقاقات والخدمات النقدية والغذائية والطبية والإسكانية والرعاية طويلة الأمد.
Mental Health Treatment. My Agent is not authorized to arrange for my commitment to or placement in a mental health treatment facility. My Agent is not authorized to consent to electroconvulsive therapy, psychosurgery, or other psychiatric or mental health procedures that restrict physical freedom of movement.	.8 علاج الصحة العقلية. وكيلي غير مفوض بترتيب التزامي أو إبداعي في منشأة لعلاج الصحة العقلية. وكيلي غير مفوض بالموافقة على العلاج بالصدمات الكهربائية أو جراحة المخ والأعصاب أو أي إجراءات أخرى نفسية أو صحية عقلية تقييد حرية الحركة الجسدية.
Accounting. My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these records to me at my request.	.9 المحاسبة. يجب على وكيلتي الاحتفاظ بسجلات دقيقة لشؤوني المالية وإظهار هذه السجلات لي بناءً على طلبي.
Nomination of Guardian. I nominate my Agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.	.10 ترشيح الوصي. أرشح وكيلي كوصي لي للنظر فيه من قبل المحكمة إذا أصبحت إجراءات الوصاية ضرورية.

HIPAA Release. I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my Agent.

الإفصاح عن المعلومات الخاضعة لقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). أوضّح مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي بإصدار جميع المعلومات التي يحكمها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام (HIPAA) إلى وكيلي.

<p>I am signing of my own free will for the purposes stated in this document.</p>	
<p>Date →</p>	<p>التاريخ: _____</p>
<p>My signature (in front of a notary or witnesses) →</p>	<p>توقيعني (أمام كاتب عدل أو شهود) _____</p>

التوثيق (Notarization)

State of Washington (ولاية واشنطن)
County of (مقاطعة)

..... This document was acknowledged before me on (date) .
تم التوقيع أو التصديق أمامي في (التاريخ)
..... by (name) / بواسطة (الاسم)

(توقيع كاتب العدل) Signature of Notary

Notary Public for the State of Washington.
كاتب العدل لولاية واشنطن.

My commission expires (ينتهي تفويفي في)

Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary)

On (date) ---, (name) --- signed this Durable Power of Attorney in my presence. I agreed to witness their signature at their request.

I am not related to this person by blood, marriage, or state registered domestic partnership.

I do not provide care for this person at home or in a long-term care facility.

Witness 1

Signature →

Print name →

Address →

Phone →

Witness 2

Signature →

Print name →

Address →

Phone →

إفادة الشهود (فقط إذا لم تجد كاتب عدل)

في (التاريخ) _____، قام _____،
(الاسم) _____ بتوقيع _____ هذا التوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية بحضوره. وقد وافقت على أن أشهد

على توقيعهم بناءً على طلبهم.

▪ وأنني لست مرتبطاً بهذا الشخص عن طريق الدم أو الزواج أو شراكة منزلية مسجلة بالولاية.

▪ ولا أقدم الرعاية لهذا الشخص في المنزل أو في مرفق رعاية طويلة الأمد.

الشاهد الأول

◀
التوقيع

الاسم مطبوعاً

العنوان

الهاتف

الشاهد الثاني

◀
التوقيع

الاسم مطبوعاً

العنوان

الهاتف

**Durable Power of Attorney
for Health Care
Attachment: Contact Info**

**وكيل رسمي دائم للرعاية الصحية
المرفق: معلومات الاتصال**

My name

اسمي

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

My date of birth

تاریخ میلادی

My phone number

رقم هاتفي

My email address

عنوان بريدی الإلكتروني

My mailing address

عنوان بريدی للراسلة

My primary care medical provider

مقدم الرعاية الطبية الأولية

Power of attorney

وكيل رسمي

I have a **Durable Power of Attorney** that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

لدي وكيل رسمي دائم يسمح لشخص آخر ("وكيلي") باتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي إذا لم أكن قادرًا على ذلك.

My health care agent's name

اسم وكيل الرعاية الصحية

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

My agent's relationship to me
(Examples: friend, partner,
spouse, sister, etc.)

علاقة وكيلي بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، اخت، إلخ)

My agent's phone number

رقم هاتف وكيلي

My agent's email address

عنوان البريد الإلكتروني لوكيلي

My alternate health care agent's name

اسم وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

My alternate agent's relationship to me (Examples: friend, partner,
spouse, sister, etc.)

علاقة وكيلي البديل بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، اخت، إلخ)

My alternate agent's phone

هاتف وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

My alternate agent's email address

عنوان البريد الإلكتروني لوكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

Durable Power of Attorney for Finances

My name is _____.

My date of birth is _____.

Agent. I choose (name) _____ as my Agent with full authority to manage my finances.

Alternate. If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose (name) _____ as my Agent with full authority to manage my finances.

2nd Alternate. If both the agent and alternate named above are unable or unwilling to act, I choose (name) _____ as my Agent with full authority to manage my finances.

My Rights. I keep the right to make financial decisions for myself if I am capable.

Durable. My Agent can use this power of attorney to manage my finances even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. My disability will not affect this power of attorney.

Start Date. This power of attorney is effective: (check one)

Immediately

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.

End Date. This power of attorney will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney will end if either of us files for divorce in court.

Revocation. I revoke any power of attorney for finances documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

وكيل رسمي للشؤون المالية

اسمي هو _____.

تاريخ ميلادي هو _____.

1. وكيل اختار(الاسم) _____ كوكيل لي مع كامل السلطة لإدارة شؤوني المالية.

وكيل بديل، إذا كان الوكيل المسمى أعلاه غير قادر أو غير راغب في العمل، فأنا اختار(الاسم) _____ كوكيل لي مع كامل السلطة لإدارة شؤوني المالية.

2. البديل الثاني. إذا كان كل من الوكيل والبديل المذكورين أعلاه غير قادرين أو غير راغبين في العمل، اختار(الاسم) _____ كوكيل لي مع السلطة الكاملة لإدارة شؤوني المالية.

3. حقوقى. احتفظ بحق اتخاذ القرارات المالية بنفسى إذا كنت قادرًا على ذلك.

4. دائم. يمكن لوكيلي استخدام هذا التوكيل العام لإدارة شؤوني المالية حتى لو مرضت أو تعرضت لإصابة وأصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بشأن نفسى. فإن إعاقتي لن تؤثر على هذا التوكيل الرسمي.

5. تاريخ بدأ السريان. يصبح هذا التوكيل الرسمي ساري المفعول: (حدد مربعاً)

في الحال

فقط إذا قام مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بتوقيع خطاب يفيد بعدم قدرتي على اتخاذ قرارات بشأن نفسى.

6. تاريخ انتهاء السريان. سينتهي هذا التوكيل الرسمي إذا ألغيته أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكى في المنزل هو الوكيل الخاص بي، فسينتهي هذا التوكيل الرسمي إذا تقدم أي منا بطلب للطلاق في المحكمة.

الإلغاء. ألغى بموجبه أي وثائق توكيل للشؤون المالية قد وقعتها في الماضي. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل الرسمي في أي وقت عن طريق إخطار كتابي بالإلغاء إلى وكيلي.

Powers. My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including, but not limited to, the power to:

Make deposits to, and payments from, any account in my name in any financial institution

Open and remove items from any safe deposit box in my name

Sell, exchange, or transfer title to stocks, bonds, or other securities

Sell, convey, or encumber any real or personal property

Apply for and manage governmental benefits, including Medicaid

Special Powers. My agent shall also have the following powers:

Yes / No Give gifts of my money or property

Yes / No Create, change, or cancel my rights of survivorship

Yes / No Create, change, or cancel beneficiary designations

Yes / No Give up my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan

Yes / No Create, change, or cancel a trust

Yes / No Tell a trustee to make distributions from a trust just as I could

Yes / No Create, change, or cancel a community property agreement

Yes / No Give authority granted in this document to someone else

Accounting. My Agent shall keep accurate records of my finances and show these records to me at my request.

.7 الصالحيات. للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحية للفيام بأي شيء بنفس القر من الكفاءة والفعالية التي يمكنني القيام بها بنفسي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سلطة:

✓ إيداع الأموال وسحبها من أي حساب باسمي في أي مؤسسة مالية

✓ فتح وإزالة أي عناصر من صندوق الأمانات باسمي

✓ بيع أو مقايضة أو نقل ملكية الأسهم أو السندات أو الأوراق المالية الأخرى

✓ بيع أو نقل أو رهن أي عقار أو ممتلكات شخصية

✓ التقدم والحصول على المزايا الحكومية، بما في ذلك Medicaid

.8 الصالحيات الخاصة. كما يتمتع وكيلي أيضاً بالصالحيات التالية:

نعم لا منح هبات من أموالي أو ممتلكاتي.

نعم لا إنشاء اتفاقية بشأن حقوق البقاء في الملكية بعد الوفاة أو تغييرها أو إلغائها.

نعم لا تعيين أسماء المستفيدين أو تغييرهم أو شطبهم

نعم لا التخلّي عن حقّي في أن أكون مستفيداً من معاش تقاعدي أو خطة تقاعد

نعم لا إنشاء عهدة أو تغييرها أو إلغائها

نعم لا إخبار الوصي بإجراء توزيعات من الوقف تماماً كما يمكنني

نعم لا إنشاء أو تغيير أو إلغاء اتفاقية ملكية مجتمعية

نعم لا منح السلطة المخولة في هذه الوثيقة لشخص آخر

.9 المحاسبة. سيحتفظ وكيلي بسجلات دقيقة عن أموالي ويعرض هذه السجلات علي بناء على طلبي.

Nomination of Guardian or Conservator. I nominate my Agent as the conservator for consideration by the court if conservatorship proceedings become necessary.

HIPAA Release. I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my Agent.

.10 ترشيح وصي أو حارس. أرشح وكيلي كحارس للنظر فيه من قبل المحكمة إذا أصبحت إجراءات الحراسة ضرورية.

.11 إصدار قانون حماية قابلية التأمين على المعلومات الصحية (HIPAA). أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي بإصدار جميع المعلومات التي يحكمها قانون قابلية التأمين على المعلومات الصحية لعام 1996 (HIPAA) إلى وكيلي.

Date →

التاريخ: _____

My signature (in front of a notary) →

_____ توقيعي (أمام كاتب عدل)

التوثيق (Notarization)

State of Washington (ولاية واشنطن)
County of _____ (مقاطعة)

تم الاعتراف بهذا الوثيقة أمامي في (التاريخ)

This document was acknowledged before me on (date)

_____ / بواسطة (الاسم) by (name)

Signature of Notary
Notary Public for the State of Washington.
كاتب العدل لولاية واشنطن

My commission expires
(تنتهي مفوبيتي في)