التوكيل الرسمي الدائم

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

يسمح لك نموذج التوكيل الرسمي باختيار صديق أو قريب موثوق به لمساعدتك في اتخاذ قرارات بشأن أموالك و/أو الرعاية الصحية. (النماذج والتعليمات)

Form attached:

(NJP Planning 501 AR) **توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية**

Form attached:

(NJP Planning 500 AR) **توكيل رسمي للشؤون المالية**

ما هو التوكيل؟

يسمح لك نموذج التوكيل الرسمي باختيار صديق أو قريب موثوق به
لمساعدتك في اتخاذ قرارات بشأن أموالك و/أو الرعاية الصحية. بعد أن توقع
هذه الوثيقة، سوف يأخذ الشخص الذي وقع اختيارك عليه التوكيل
الرسمي إلى مقدمي الرعاية الصحية أو البنك أو المدرسة وغيرها من
المؤسسات لاتخاذ القرارات وتوقيع العقود نيابة عنك.

ويُطلق على الصديق أو القريب الموثوق به الذي اخترته لمساعدتك في
قراراتك المتعلقة بالشؤون المالية و/أو الرعاية الصحية "الوكيل".

يصبح التوكيل الرسمي "مستمر" (أو "دائم") إذا نص على أن بإمكان وكيلك
استخدامه حتى إذا مرضت أو تعرضت لإصابة أو أصبحت غير قادر على اتخاذ
قرارات بشأن نفسك.

هل أحتاج إلى توقيع توكيلي الرسمي أمام كاتب عدل؟

يوصى بتوقيع استمارات التوكيل الرسمي أمام كاتب عدل. إن لم
تستطع العثور على كاتب عدل، يمكنك توقيعها أمام اثنين من الشهود
بدلاً من ذلك. ومع ذلك، يفضل التوثيق، خاصة "عديمي المصلحة"
بالنسبة للتوكيل الدائم للشؤون المالية.

ما الذي يتعين عليّ فعله بعد توقيعها؟

بعد توقيع الاستمارات الخاصة بك، قم بعمل نسختين. أعطي النسخة الأصلية لوكيلك، وأعطي نسخة واحدة للوكيل البديل، واحتفظ بالنسخة الثانية لنفسك.

هل يمكنني تغيير التوكيل الرسمي الخاص بي واختيار وكيل جديد؟

نعم. يمكنك إلغاء (يمكنك سحب) توكيلك الرسمي في أي وقت بإشعار كتابي إلى وكيلك.

بعد إلغاء توكيلك الرسمي القديم، يمكنك التوقيع على نموذج توكيل رسمي جديد لاختيار وكيل مختلف. في نموذج التوكيل الجديد، تأكد من أنه تم إلغاء جميع نماذج التوكيل السابقة.

ماذا لو أن البنك لن يقبل نموذج التوكيل الخاص بي؟

أحياناً قد يخبر البنك أو أي عمل آخر وكيلك بأنه لن يقبل نموذج التوكيل الرسمي الخاص بك. هناك سببان شائعان لإمكانية حدوث ذلك:

النموذج غير موثق. تنص قوانين واشنطن على أن نموذج التوكيل الرسمي الخاص بك يكون سارياً عندما توقعه أمام كاتب عدل **أو** أمام اثنين من الشهود

يجب هنأ ىلع رصت ىرخألا لامعألا وأ كونبلا ضعب نكلو ."ةحلصملا يميدع" نكمي نكلو .ىدل باتكا مامأ ديدج جذومن عيقوت نكمي .أقوثم نوكي نأ ىلإ ريشي وينوناقلا مهمسق ىلإ ثدحتلا بلطي نأ أضيأ كلوكيل نوناق 11.125.050 لدعملا نطشاو

دق كاذإ نمذوجك (https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050) يميدع" دوهشلا نم نيناثلا قبل نم حيحص لكشب هيلعا ةدهاشلا تمت ةحلصملا "بدلا ًمن توثيقهـ، فإن الذموج يظل سارياً بموجب قوانين ةحلصملا .نطشاو **ينبغي** علىا لبنك الخاص بك قبولهـ.

هذه في ةدوجوملا لكيوتا جاذمن نوكت **."حيحصلا" جذومنلا سيل** ةحفصلا سارية بموجب قوانين واشنطن، لكن بعض البنوك و الأعمال ىرخألا ترغب في أن تستخدم الذموج . إذا لم يقبل بنك ب طلب أن يكيلوك ،يمكن لوكيلك الرسمي الخاص بك أو عمل آخر نموذج التوكيل لدعملا نطشاو نوناق ىلإ ريشي أو نأ ينوناقلا مهمسق بقالتصا و (https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050) 11.125.050 (أ) (3) 11.125.200 لدعملا نطشاو نوناق (https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200)

يمكن أن يُطلب من الوكلاء تقديم اعتماد. قد يقول البنك إنه سيقبل التوكيل فقط إذا وقع الوكيل على بيان "اعتماد" يؤكد أن نموذج التوكيل الرسمي ساري. هذا قانوني. ومع ذلك، إذا كان البنك يريد بيان اعتماد، يجب عليهم طلبه خلال 7 أيام من اليوم الذي تعطيهم فيه نموذج التوكيل الرسمي. فقط الوكيل يجب أن يوقع على بيان الاعتماد.

حاول الحصول على مساعدة قانونية إذا كان البنك أو المؤسسة يرفضان نموذجك أو يتطلبان منك استخدام نماذجهم.

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:

توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية

اسمي هو_____.

تاريخ ميلادي هو_____.

1. **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.

2. **حقوقي.** أحتفظ بحقي في اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية بنفسي إذا كنت قادرًا على ذلك.

3. **دائم.** يمكن لوكيلتي استخدام هذا التوكيل لإدارة شؤوني حتى لو مرضت أو أصبت ولم أستطع اتخاذ قرارات بشأن نفسي. فإن إعاقتي لن تؤثر على هذا التوكيل.

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

5. **تاريخ انتهاء السريان.** سننتهي صلاحية هذا التوكيل إذا ألغيته أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكي في المنزل هو الوكيل الخاص بي، فسينتهي هذا التوكيل إذا تقدم أي منا بطلب للطلاق في المحكمة.

6. **الإلغاء.** ألغي بموجبه أي وثائق توكيل للرعاية الصحية قد وقعتها في الماضي. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بالإلغاء إلى وكيلي.

7. **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 رعايتي الصحية

Refuse and withdraw consent to my health care

✓ رفض وسحب الموافقة على رعايتي 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 أتلقى 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.

8. **الإعانات الحكومية.** يتمتع وكيلي بالسلطة والصلاحية الكاملتين لترتيب وإدارة جميع الاستحقاقات الحكومية نيابة عني، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، توقيع والموافقة على الطلبات والعقود واتفاقيات مراجعة الأهلية المستمرة وخطط الرعاية التي تقدم 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.

9. **علاج الصحة العقلية.** وكيلي **غير** مُفوض بترتيب التزامي أو إيداعي 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 تقيد حرية الحركة الجسدية.

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

10. **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.

11. **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).** أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي بإصدار جميع المعلومات التي يحكمها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) إلى وكيلي.	**.12**

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

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)** _____.

◀ _____

Signature of Notary **(توقيع كاتب العدل)**

Notary Public for the State of Washington.

كاتب العدل لولاية واشنطن.

My commission expires **(ينتهي تفويضي 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 بحضوري. وقد وافقت على أن أشهد على توقيعهم بناءً على طلبهم.

- وأنا لست مرتبطًا 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 مطبوعًا

العنون

الهاتف

الشاهد الثاني

التوقيع

الاسم مطبوعًا

العنون

الهاتف

Durable Power of Attorney for Health Care Attachment: Contact Info

توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية المرفق: معلومات الاتصال

My name

اسمي

First, middle, last

_____
الأول الأوسط الأخير

My date of birth

تاريخ ميلادي _____

My phone number

رقم هاتفي _____

My email address

عنوان بريدي الإلكتروني _____

My mailing address

عنوان بريدي للمراسلة _____

_____

My primary care medical provider

مقدم الرعاية الطبية الأولية

_____

Power of attorney

توكيل 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 **توكيل 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

_____
الأول الأوسط الأخير

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

علاقة وكيلي بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، 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

_____
الأول الأوسط الأخير

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

علاقة وكيلي البديل بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، 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.

توكيل 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 أختار(الاسم) _____, كوكيل لي مع كامل السلطة لإدارة شؤوني المالية.

   ☐ **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.

2. **حقوقي.** احتفظ بحق اتخاذ القرارات المالية بنفسي إذا كنت قادرًا على ذلك.

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

4. **تاريخ بدأ السريان.** يصبح هذا التوكيل الرسمي ساري المفعول: (حدد مربعًا)

   ☐ في الحال

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

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

6. **الإلغاء.** ألغي 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:

7. **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 deposits to, and payments from, any account in my name in any financial institution

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

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

✓ فتح وإزالة أي عناصر من صندوق الأمانات باسمي

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

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

Sell, convey, or encumber any real or personal property

✓ بيع أو نقل أو رهن أي عقار أو ممتلكات شخصية

Apply for and manage governmental benefits, including Medicaid

✓ التقدم والحصول على المزايا الحكومية، بما في ذلك Medicaid

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

8. **الصلاحيات الخاصة.** كما يتمتع وكيلي أيضًا بالصلاحيات التالية:

Yes / No Give gifts of my money or property

☐ نعم ☐ لا منح هبات من أموالي أو ممتلكاتي.

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

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

Yes / No Create, change, or cancel beneficiary designations

☐ نعم ☐ لا تعيين أسماء المستفيدين أو تغييرهم أو شطبهم

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

☐ نعم ☐ لا التخلي عن حقي في أن أكون مستفيدًا من معاش تقاعدي أو خطة تقاعد

Yes / No Create, change, or cancel a trust

☐ نعم ☐ لا إنشاء عُهدة أو تغييرها أو إلغائها

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

☐ نعم ☐ لا إخبار الوصي بإجراء توزيعات من الوقف تمامًا كما يمكنني

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

☐ نعم ☐ لا إنشاء أو تغيير أو إلغاء اتفاقية ملكية مجتمعية

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

☐ نعم ☐ لا منح السلطة المخولة في هذه الوثيقة لشخص آخر

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

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

Nomination of Guardian or Conservator. I nominate my Agent as the conservator for consideration by the court if conservatorship proceedings become necessary.	**10.** **ترشيح وصي أو حارس.** أرشح وكيلي كحارس للنظر فيه من قبل المحكمة إذا أصبحت إجراءات الحراسة 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.	**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)

(*name*) by / بواسطة (الاسم) _____.

_____
Signature of Notary **(توقيع كاتب العدل)**
Notary Public for the State of Washington.
(كاتب العدل لولاية واشنطن)

My commission expires **(تنتهي مفوضيتي في)**

_____