

مئادلل يمسرلرل ليكوتل

(Durable power of attorney)

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

هـب قوٲوم بـرق و أـ قـيـدـص رايـتـخـاب يمـسرلرل ليـكـوتـل جـذومـن كل حمـسي
جـذامـنـل). ةـيـحـصـلـل ةـيـاعـرل و/و كلـاومـأ نـأشـب تـارارـق ذـاخـتـا يـف كـتـدعـاسـمـل
(تـامـيـلـعـتـلـاو

Fill out forms online

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

Form attached:

ةيحصلا ةياعرلل مئاد يمسر ليكوت (NJP Planning 501 AR)

Form attached:

ةيلاملا نوؤشلل يمسر ليكوت (NJP Planning 500 AR)

ليكوتلا وه ام

هب قوٲوم بيرق وأ قي دص رايتخاب يمسرلا ليكوتلا جذومن كل حمسي
عقوت نأ دعب. ةيحصلا ةياعرلا وأ/و كل اومأ نأشب تارارق ذاختا يف كتدعاسمل
ليكوتلا هيلع كرايتخا عقو يذلا صخشلا ذخأي فوس، ةقيٲولا هذھ
نم اھريغو ةسر دمل وأ كنبل وأ ةيحصلا ةياعرلا يمدقم ىل يمسرلا
كنع ةباين دوقعلا عيقوتو تارارقلا ذاختا تاسسؤملا
يف كتدعاسمل ھترتخا يذلا هب قوٲوملا بيرقلا وأ قي دصلا ىل ع قل طي و
".ليكولا" ةيحصلا ةياعرلا وأ ةيلاملا نوؤشلاب ةقلعتملا كتارارق
كليكو ناكمإب نأ ىل ع صن اذإ ("مئاد" وأ) "رمتسم" يمسرلا ليكوتلا حبصي
ذاختا ىل ع رداق ريغ تحبصأو ةباصإل تضرعت وأ تضرمت اذى تح ھم ادخسا
كسفن نأشب تارارق

لدع بتاك مام يمسرلا ليكوت عيقوت ىل اجاتحأ لھ

مل نإ. لدع بتاك مامأي مسرلالي كوتل تارامتسا عي قوتب ى صوي
دوهشل نمن ني نثا مامأ اهع قوت كنكمي، لدع بتاك ىلع روثعل عطتست
صاخ، قي ثوتل لضفي، كلذمو. كلذ نم ألدب "حلصملا يمي دع"
ةي لاملا نوؤشل ملئادلالي كوتل لبسنلاب

أهع قوت دب هل عف يلع ني عتي يذلا ام

ةخسنلا ي طعأ. ني تخسن لمع بمق، كب ةصاخلا تارامتسال عي قوت دب
ةخسنلاب ظفتحاو، لي دبلا لي كولل ةدحاو ةخسن ي طعأو، كللي كول ةي لصلأا
كسفنل ةي ناثلا

ليكو رايتخاوي بصاخلا يمسرلالي كوتل ريغت ي نكنكمي له دي دج

راعشاب تقوي أي في يمسرلا كليكوت (بحس ك نكمي) ءاغلإ كنكمي. معن
كللي كولإ يباتك

ليكوت جذومن ىلع عي قوتل كنكمي، مي دقل يمسرلا كليكوت ءاغلإ دب
نم دكأت، دي دجلا ليكوتل جذومن في. فلتخم ليكو رايتخال دي دج يمسر
ةقباسلا ليكوتل جذامن عي مج ءاغلإ مت هنأ

في بصاخلا ليكوتل جذومن لبقي نل كنبل نأ ول اذا م

جذومن لبقي نل هنأب كليكو رخآ لمع ي وأ كنبل ربخي دق أنايحأ
كلذ ثودح ةيناكلإل ناعئاش ناببس كانه. كب صاخلا يمسرلا ليكوتلا

يمسرلا ليكوتلا جذومن نأىل نطنشاو نيناوق صنت. **قثوم ريغ جذومنلا**
دوهشلا نم نينثا مامأ **وأ** لدع بتاك مامأ هعقوت امدنع أي راس نوكل كب صاخلا
بجي هنأىل رصت رخآل لامأل وأ كونبل ضعب نكلو. "حلصملا يمي دق"
نكمي نكلو. لدع بتاك مامأ دي دج جذومن عيقوت كنكمي. أقثوم نوكل نأ
نوناق ىلإ ريشي و نوناقلا مهمسق ىلإ ثدحتلا بلطي نأ أضىأ كليكول

11.125.050 لدع مالا نطنشاو

دق كجذومن ناك اذا (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>)
يمي دق" دوهشلا نم نينثا لبقي نم حيحص لكشب هيلع ةداهشلا تمت
نيناقو بجومب أي راس لظي جذومنلا نإف، هقيثوت نم ألدب "حلصملا"
هلوبق كب صاخلا كنبل ىل **يغبني**. نطنشاو

هذه ي ف ةدوجوملا ليكوتلا جذامن نوكت. **"حيحصلا" جذومنلا سيل**
لامأل و كونبل ضعب نكل، نطنشاو نيناوق بجومب ةي راس ةحفصل
لمع وأ كنبل لبقي مل اذا. ??? صاخلا جذومنلا مدختست نأ ي ف بغرت رخآل
لاصتالا بلطي نأ كليكول نكمي، كب صاخلا يمسرلا ليكوتلا جذومن رخآ
11.125.050 لدع مالا نطنشاو نوناق ىلإ ريشي نأ و نوناقلا مهمسقب

<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>) و نطنشاو نوناق

(i) 11.125.200 ل ددعما

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

لبقيس هنإ كنبل لوقي دق . دامتعا مي دقت ءالكول نم بلطي نأ نكمي
ليكوتل جذومن نأ دكؤي "دامتعا" نايب لىل ليكول اعقو اذا طقف ليكوتل
بجي ، دامتعا نايب دي ري كنبل ناك اذا ، كلذ عمو . ينوناق اذه . يراس يمسرل
ليكوتل جذومن هي ف مهي طعت يذل مويلا نم ماي 7 لال خ هبلط مهي لى
دامتعال نايب لىل اعقوي نأ بجي ليكول طقف . يمسرل
ناضفري ةسسؤملا وأ كنبل ناك اذا ةي نوناق ةدعاسم لىل لوصحل لواح
م. هجذامن مادختسا كنم نابلطتي وأ كجذومن

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:

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 شؤني 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 شؤني 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 توقيعني عليه.

5. تاريخ انتهاء السريان. ستنتهي 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 وقعتني في الماضي. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بالإلغاء إلى وكيلتي.

7. الصلاحيات. للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحيات للقيام بأي شيء بنفس القدر من الكفاءة والفعالية التي يمكنني القيام بها بنفسني، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سلطة:

Make health care decisions and give informed consent to my health care

Refuse and withdraw consent to my health care

Employ and discharge my health care providers

Apply for and consent to my admission to a medical, nursing, residential, or other similar facility that is **not** a mental health treatment facility

Serve as my personal representative for all purposes under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, as amended

Visit me at any hospital or other medical facility where I reside or receive treatment

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.

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.

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

Nomination of Guardian. I nominate my Agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.

✓ اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية والموافقة المطلقة على رعايتي الصحية

✓ رفض وسحب الموافقة على رعايتي الصحية

✓ توظيف وإعفاء مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي

✓ التقدم بطلب والموافقة على قبولي في منشأة طبية أو ترميزية أو سكنية أو أي منشأة أخرى مماثلة ليست منشأة علاج للصحة العقلية

✓ أن أكون ممثلي الشخصي لجميع الأغراض بموجب قانون قابلية نقل التأمين وصلاحيات المحاسبة لعام 1996 (HIPAA) وتعديلاته

✓ زيارتي في أي مستشفى أو منشأة طبية أخرى أقيم فيها أو أتلقى العلاج فيها

8. **الإعانات الحكومية.** يتمتع وكيلتي بالسلطة والصلاحيات 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.

9. **علاج الصحة العقلية.** وكيلتي غير مفوض بترتيب التزامي أو إيداعي في منشأة لعلاج الصحة العقلية. وكيلتي غير مفوض بالموافقة على العلاج بالصدمات الكهربائية أو جراحة المخ والأعصاب أو أي إجراءات أخرى نفسية أو صحية عقلية تقيد حرية الحركة الجسدية.

10. **المحاسبة.** يجب على وكيلتي الاحتفاظ بسجلات دقيقة لشؤوني المالية وإظهار هذه السجلات لي بناءً على طلبي.

11. **ترشيح الوصي.** أرشح وكيلتي 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 وكيلتي.

12.

I am signing of my own free will for the purposes stated in this document.

Date →

My signature (in front of a notary or witnesses) →

التاريخ: _____

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 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**

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

My name

اسمي

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

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

الأخير

الأوسط

الأول

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

الأخير

الأوسط

الأول

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 بنفسني 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 مريغاً)

☐ 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 أُلغيت 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 وقعت عليها 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. **الصلاحيات.** للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحيات للقيام بأي شيء بنفس القدر 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

✓ التقديم والحصول على المزايا الحكومية، بما في ذلك Medicaid

8. **الصلاحيات الخاصة.** كما يتمتع وكيلتي أيضاً بالصلاحيات التالية:

نعم ☐ لا ☐ منح هبات من أموالتي 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 ☐ التخلي عن حقي 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 وكيلتي بسجلات دقيقة عن أموالتي ويعرض هذه السجلات علي بناءً على طلبتي.

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 وكيلتي 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 وكيلتي.

Date →

My signature (in front of a notary) →

التاريخ: _____

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

My commission expires (تنتهي مفوضيتي في) _____