

លិខិតផ្តន្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍

(Durable power of attorney)

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

ទម្រង់បែបបទនៃលិខិតផ្តន្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍ព្យាបាលឱ្យអ្នកជំនាញសិទ្ធិក្នុងការកំណត់
ឬសាច់ញាតិដែលអាចទុកចិត្តបាន ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងការកំណត់
និង/ឬការចាត់តាំងសុខភាពរបស់អ្នក។ (ទម្រង់បែបបទ និងសេចក្តីណែនាំ)

Fill out forms online

- [Durable Power of Attorney \(Finances and/or Health Care\)](#)

Form attached:

លិខិតផ្តន្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការចាត់តាំងសុខភាព (NJP Planning 501 KM)

Form attached:

លិខិតផ្តន្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការកំណត់សុខភាព (NJP Planning 500 KM)

តើអ្នកជាលិខិតផ្តន្ទេរសិទ្ធិ?

ទម្រង់បែបបទនលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជួរស៊ីមីតូតភ័ក្តិ
ឬសាច់ញាតិដែលអាចទុកចិត្តបាន ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តផ្ទេរកែហិរញ្ញវត្ថុ
និង/ឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ បន្ទាប់ពីអ្នកចុះហត្ថលេខា
ជនដែលអ្នកជួរស៊ីមីនឹងយកលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាជួសជុលសាស្ត្រ ធនាគារ
សាលារៀន និងកន្លែងផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដើម្បីផ្ទេរសម្រេចចិត្ត
និងចុះហត្ថលេខាលើច្បាប់សន្យាហាក់បីដូចពួកគេជាអ្នក។

មិត្តភក្តិ

ឬសាច់ញាតិដែលទុកចិត្តបានដែលអ្នកជួរស៊ីមីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តផ្ទេរកែហិរញ្ញវត្ថុ
និង/ឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា "ភ្នាក់ងារ" របស់អ្នក។

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិគឺ "អចិន្ត្រៃយ៍" បុរសិសបរិញ្ញាដាក់ថា ភ្នាក់ងាររបស់អ្នកអាចប្តូរវិធាន
ទោះបីជាអ្នកផ្តល់កំណត់សម្គាល់ ឬរងរបួស
ហើយមិនអាចផ្ទេរសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានក៏ដោយ។

តើខ្ញុំត្រូវការចុះហត្ថលេខាលើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនៅចំពោះមុខសាក្សីដែរទេ?

អ្នកគួរតែចុះហត្ថលេខាលើម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកនៅចំពោះមុខសាក្សី។
បង្កើតមិនអាចស្រវឹងរកសាក្សីបានទេ អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅចំពោះមុខសាក្សី
"មិនពាក់ព័ន្ធ" ពីរនាក់ជំនួសវិញបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ
ការបញ្ជាក់ដោយសាក្សីត្រូវបានពង្រីកចិត្តជាង
ជាពិសេសសម្រាប់លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ហិរញ្ញវត្ថុ។

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើទៀតបន្ទាប់ពីខ្ញុំចុះហត្ថលេខាហើយ?

បន្ទាប់ពីអ្នកចុះហត្ថលេខាលើម្យ៉ាងបែបបទរបស់អ្នកហើយ សូមបង្អួចចូលទៅក្នុង 2 ចុហប់។
ផ្តល់ទម្រង់បែបបទចុហប់ដើម្បីដល់ភ្នាក់ងាររបស់អ្នក
និងផ្តល់ចុហប់ចម្បងមួយចុហប់ទៅភ្នាក់ងារជំនួសរបស់អ្នក
ហើយរក្សាចុហប់ចម្បងទីពីរសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

តើខ្ញុំអាចផ្តល់បុគ្គលិកលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ និងជួរស៊ីមីភ្នាក់ងារថ្មីបានទេ?

ឋានៈ។ អ្នកអាចលុបចោល (អ្នកអាចដកហូត) លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិរបស់អ្នក
ពេលណាក៏បានដោយផ្ទាល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ភ្នាក់ងាររបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីអ្នកដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិចាស់របស់អ្នកហើយ
អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាលើម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិថ្មីដើម្បីជួសជុលភ្នាក់ងារផ្ទេរទៀតបាន។
នៅក្នុងម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិថ្មីរបស់អ្នក
ត្រូវបញ្ជាក់ថាសរសេរបានម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិមុនទាំងអស់ត្រូវបានដកហូត។

ចុះបទដ្ឋានការមិនទទួលយកម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំឬវិញ?

ពេលខ្លះធនាគារ ឬអាជីវកម្មផ្ទេរទៀតនឹងប្តាប់ភ្នាក់ងាររបស់អ្នកថា
ពួកគេនឹងមិនទទួលយកម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិរបស់អ្នកទេ។ មានមូលហេតុទូទៅ 2
យ៉ាងដែលអាចកើតឡើង៖

ម្យ៉ាងបែបបទដែលមិនបានបញ្ជាក់ដោយសារការី។ ចូរប្តាប់រដ្ឋ Washington

ចង់បានម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិរបស់អ្នកមានសុពលភាពនៅពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាទៅចំពោះមុខសារការី
ឬនៅចំពោះមុខសាក្សីមិនពាក់ព័ន្ធចំនួនពីរនាក់។ ប៉ុន្តែធនាគារមួយចំនួន

ឬអាជីវកម្មផ្ទេរទៀតទូទៅលិខិតនេះត្រូវតែបញ្ជាក់ដោយសារការី។

អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាលើម្យ៉ាងបែបបទមិនទៅចំពោះមុខសារការីបាន។

ប៉ុន្តែភ្នាក់ងាររបស់អ្នកក៏អាចសុំនិយាយទៅកាន់ផ្ទះកែច្នៃការផ្តល់ច្បាប់របស់ពួកគេ

ហើយបង្ហាញច្បាប់រដ្ឋ Washington ដែលបានកែប្រែ (RCW) ត្រង់មាត្រា 11.125.050

(<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>)ផងដែរ។

បុរសិទ្ធិម្យ៉ាងបែបបទរបស់អ្នកត្រូវបានសាក្សីមិនពាក់ព័ន្ធចំនួនពីររូបយកយ៉ាងត្រឹមត្រូវ

ជំនួសឱ្យការត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយសារការី

ម្យ៉ាងបែបបទនេះនៅតែមានសុពលភាពក្នុងរដ្ឋ Washington។ ធនាគាររបស់អ្នកត្រូវតែ

ទទួលយកវា។

មិនមែនជាម្យ៉ាងបែបបទ "ត្រឹមត្រូវ" ទេ។

ម្យ៉ាងបែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិដែលមិនមែនមានសុពលភាពក្នុងរដ្ឋ Washington

ប៉ុន្តែធនាគារ និងអាជីវកម្មមធ្យមស្របទៀតចង់ឱ្យអ្នកប្រកបរបរម្ខាងបែបបទរបស់ពួកគេ។

បុរសនិបត្តិធនាគារ

ឬអាជីវកម្មមធ្យមស្របទៀតនឹងមិនទទួលយកទម្រង់បែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិរបស់អ្នកទេ

ភ្នាក់ងាររបស់អ្នកអាចសួរស្តីឱ្យទាក់ទងផ្នែកកិច្ចការផ្តល់ច្បាប់របស់ពួកគេ

ហើយបង្ហាញមាត្រាទី RCW 11.125.050

(<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>) និង RCW

11.125.200(3)(a) (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200>)។

ភ្នាក់ងារអាចសួរមានស្តីឱ្យមានការបញ្ជាក់។ ធនាគារអាចនិយាយថា

ពួកគេនឹងទទួលយកលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិមានលុះត្រាតែភ្នាក់ងារចុះហត្ថលេខាលើចេក្តីចូលក្នុងការណ៍

"បញ្ជាក់" ដែលបញ្ជាក់ថាទម្រង់បែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិមានសុពលភាព។ នេះស្របច្បាប់។

ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ បុរសនិបត្តិធនាគារចង់មានសេចក្តីចូលក្នុងការណ៍បញ្ជាក់មួយ

ពួកគេស្នើសុំស្តីពីកូដរយៈពេល 7

ចុងនៃចុងដៃលើអ្នកផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវទម្រង់បែបបទលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ។

មានតែភ្នាក់ងារប៉ុណ្ណោះដែលស្នើសុំចុះហត្ថលេខាលើចេក្តីចូលក្នុងការបញ្ជាក់។

ពុំយាយាមទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ បុរសនិបត្តិធនាគារ

ឬស្ម័គ្រចិត្តណាមួយបដិសេធទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ឬតម្រូវឱ្យអ្នកប្រកបរបរម្ខាងបែបបទរបស់ពួកគេ។

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

Find organizations that provide free legal help on our [Get legal help](#) page.

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

ឈ្មោះ: _____។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំគឺ _____។

1. ភ្នាក់ងារ។ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ)៖

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជំនួស។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិនសុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ)៖

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងការ ថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជំនួសទី 2។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារ នឹងអ្នកចា់ជំនួសដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិន សុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ)៖

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងការ ថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

2. សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំរក្សាសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើខ្ញុំមានសមត្ថភាព។

3. អចិន្ត្រៃយ៍។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំអាចប្រើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះដើម្បីគ្រប់គ្រងកិច្ចការរបស់ខ្ញុំ ទោះបី ជាខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬរងរបួស ហើយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងក៏ ដោយ។ ពិការភាពរបស់ខ្ញុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះទេ។

4. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម។

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើវា។

5. កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់។ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹងអស់សុពលភាពប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតវា ឬនៅពេលខ្ញុំស្លាប់។ ប្រសិនបើសហព័ទ្ធ ឬដៃគូជីវិតរបស់ខ្ញុំជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹង អស់សុពលភាពប្រសិនបើយើងទាំងពីរនាក់ប្តឹងលែងលះគ្នានៅក្នុងតុលាការ។

Durable Power of Attorney for Health Care

My name is _____.

My birth date 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 health care.

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.

6. ការដកហូត។

ខ្ញុំដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិផ្សេងទៀតណាមួយសម្រាប់ឯកសារថែទាំសុខភាពដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខានៅពេលកន្លងមក។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនៅពេលណាក៏បានដោយផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការដកហូតសិទ្ធិដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

7. សិទ្ធិអំណាច។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានអំណាច

និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការធ្វើអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងឱ្យបានពេញលេញ និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពតាមដែលខ្ញុំអាចធ្វើបានដោយខ្លួនឯង រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះសិទ្ធិអំណាចដើម្បី៖

- ✓ ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព និងផ្តល់ការយល់ព្រមជាដំណឹងចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- ✓ បដិសេធ និងដកការយល់ព្រមចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- ✓ ជួល និងបណ្តេញអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- ✓ ដាក់ពាក្យសុំ និងយល់ព្រមចំពោះការអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំចូលមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ មណ្ឌលថែទាំ មណ្ឌលសុខភាព ឬមណ្ឌលស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាមណ្ឌលព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ✓ បម្រើជាអ្នកតំណាងផ្តល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងទាំងអស់នៅក្រោមច្បាប់ស្តីពី ចល័តភាព និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ឆ្នាំ 1996 ដូចដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម
- ✓ មកជួបខ្ញុំនៅមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ឬមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដែលស្នាក់នៅ ឬទទួលការព្យាបាល

8. អត្ថប្រយោជន៍របស់រដ្ឋាភិបាល។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានអំណាច

និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការរៀបចំ និងគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់របស់រដ្ឋាភិបាលតាមនាមខ្ញុំ រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះការចុះហត្ថលេខា និងការយល់ព្រមចំពោះពាក្យសុំ កិច្ចព្រមព្រៀងគ្រួសារសិទ្ធិបន្ត និងផែនការថែទាំសម្រាប់សាច់ប្រាក់ អាហារ វេជ្ជសាស្ត្រលំនៅឋាន និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ដល់សហព័ទ្ធ និងរដ្ឋ។

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:

- ✓ 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.

9. ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យរៀបចំការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់ខ្ញុំចំពោះ ឬការដាក់នៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តឡើយ។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យយល់ព្រមចំពោះការព្យាបាលភាពប្រកាច់ ដោយប្រើចរន្តអគ្គិសនី នីតិវិធីព្យាបាលផង់វិកលចរិត ឬ នីតិវិធីព្យាបាលផង់ផ្លូវចិត្ត ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀតដែលរឹតត្បិតសេរីភាព រាងកាយក្នុងការធ្វើចលនាឡើយ។

10. គណនេយ្យ។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាត្រឹមត្រូវអំពីកិច្ចការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ ហើយបង្ហាញកំណត់ត្រាទាំងនេះដល់ខ្ញុំតាមសំណើរបស់ខ្ញុំ។

11. ការតែងតាំងអាណាព្យាបាល។

ខ្ញុំតែងតាំងភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំជាអាណាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការពិចារណាដោយគុណការ ប្រសិនបើដំណើរការអាណាព្យាបាលមានភាពចាំបាច់។

12. ការចេញផ្សាយ HIPAA។

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់ស្តីពីចល័តភាព និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃឆ្នាំ 1996 (HIPAA) ដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

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.

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.

កាលបរិច្ឆេទ: _____

▶ _____
ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (នៅចំពោះមុខសាក្សី ឬសាក្សី)

← Date

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

Notarization (ការបញ្ជាក់ដោយសារភាព)

State of Washington (រដ្ឋ Washington)

County of (ខោនធីនៃ) _____

This document was acknowledged before me on (date) _____

(ឯកសារនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់នៅចំពោះមុខខ្ញុំនៅ (កាលបរិច្ឆេទ))

by (name) / (ដោយ (ឈ្មោះ)/) _____។

▶ _____
Signature of Notary (ហត្ថលេខានៃសារភាព)
Notary Public for the State of Washington.
(សារភាពសម្រាប់រដ្ឋ Washington)

My commission expires (ការផ្ទេរសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំផុតកំណត់)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់សាក្សី
(លុះត្រាតែអ្នកមិនអាចរកឃើញសារការី)

នៅថ្ងៃទី (កាលបរិច្ឆេទ) _____

(ឈ្មោះ) _____

បានចុះហត្ថលេខាលើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍នេះនៅចំពោះមុខ
ខ្ញុំបានយល់ព្រមធ្វើជាសាក្សីបញ្ជាក់ហត្ថលេខារបស់ពួកគេតាមសំណើរបស់ពួកគេ។

- ខ្ញុំមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលនេះជាសាច់ញាតិ តាមរយៈអាពាហ៍ពិពាហ៍
ឬភាពជាដៃគូជីវិតដែលបានចុះបញ្ជីដោយរដ្ឋឡើយ។
- ខ្ញុំមិនផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់មនុស្សនេះនៅផ្ទះ ឬក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ទេ។

សាក្សីទី 1

▶
ហត្ថលេខា _____

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព _____

អាសយដ្ឋាន _____

ទូរសព្ទ _____

សាក្សីទី 2

▶
ហត្ថលេខា _____

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព _____

អាសយដ្ឋាន _____

ទូរសព្ទ _____

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

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព
ឧបសម្ព័ន្ធ៖ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

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

ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ

My information

ឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំ _____

លេខទូរសព្ទរបស់ខ្ញុំ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ខ្ញុំ _____

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់ខ្ញុំ _____

អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រថែទាំបឋមរបស់ខ្ញុំ _____

My name

My date of birth

My phone number

My email address

My mailing address

My primary care medical provider

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ

Power of attorney

ខ្ញុំមានលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្សេងទៀត ("ភ្នាក់ងារ" របស់ខ្ញុំ) ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំបាន ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានលទ្ធភាព។

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

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

My health care agent

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ _____

ទំនាក់ទំនងរបស់ភ្នាក់ងារជាមួយនឹងខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តភក្តិ ដៃគូ សហព័ទ្ធ បងប្អូនស្រី។) _____

លេខទូរសព្ទរបស់ភ្នាក់ងារ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ភ្នាក់ងារ _____

Agent's name

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

Agent's phone number

Agent's email address

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួសរបស់ខ្ញុំ (ប្រសិនបើមាន)

My alternate health care agent (if any)

ឈ្មោះភ្នាក់ងារជំនួស _____

ទំនាក់ទំនងរបស់ភ្នាក់ងារជំនួសជាមួយនឹងខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តភក្តិ ដៃគូ សហព័ទ្ធ បងប្អូនស្រី។) _____

លេខទូរសព្ទរបស់ភ្នាក់ងារជំនួស _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ភ្នាក់ងារជំនួស _____

Alternate agent's name

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

Alternate agent's phone number

Alternate agent's email address

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួសទី 2 របស់ខ្ញុំ (ប្រសិនបើមាន)	My 2nd alternate health care agent (if any)
ឈ្មោះអ្នកចា់ជំនួសទី 2 _____	2nd alternate's name
ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជំនួសទី 2 ជាមួយនឹងខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តភក្តិ ដៃគូ សហព័ទ្ធ បងប្អូនស្រី។ល។) _____	2 nd alternate's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកចា់ជំនួសទី 2 _____	2 nd alternate's phone number
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកជំនួសទី 2 _____	2 nd alternate's email address

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ហិរញ្ញវត្ថុ

ខ្ញុំឈ្មោះ: _____។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំគឺ _____។

1. ភ្នាក់ងារ។ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ):

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជំនួស។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិនសុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ):

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជំនួសទី ២។ ប្រសិនបើទាំងភ្នាក់ងារ និងអ្នកចា់ជំនួសដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិនសុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ):

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

2. សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំរក្សាសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើខ្ញុំមានសមត្ថភាព។

3. អចិន្ត្រៃយ៍។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំអាចប្រើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះដើម្បីគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ ទោះបី ជាខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬរងរបួស ហើយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង ដោយ។ ពិការភាពរបស់ខ្ញុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះទេ។

4. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម។ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះមានប្រសិទ្ធភាព៖ (សូមជ្រើសរើស)

- ☐ ភ្លាម

- ☐ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតដែលសរសេរថាខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេ។

5. កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់។ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹងអស់សុពលភាពប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតវា ឬនៅពេលខ្ញុំស្លាប់។ ប្រសិនបើសហព័ទ្ធ ឬអ្នកជីវិតរបស់ខ្ញុំជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹង អស់សុពលភាពប្រសិនបើយើងទាំងពីរនាក់ប្តឹងលែងលះគ្នានៅក្នុងតុលាការ។

Durable Power of Attorney for Finances

My name is _____.

My birth date 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.

6. ការដកហូត។

ខ្ញុំដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិណាមួយសម្រាប់ឯកសារហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា នាពេលកន្លងមក។
ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនៅពេលណាក៏បានដោយផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការដកហូតសិទ្ធិដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

7. សិទ្ធិអំណាច។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានអំណាច

និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការធ្វើអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងឱ្យបានពេញលេញ និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពតាមដែលខ្ញុំអាចធ្វើបានដោយខ្លួនឯង រួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះសិទ្ធិអំណាចដើម្បី៖

- ✓ ដាក់ប្រាក់ទៅ និងទូទាត់ពីគណនីណាមួយកាងនាមឱ្យខ្ញុំនៅក្នុងស្ថាប័ន ហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ
- ✓ បើក និងយករបស់ចេញពីទូរស័ព្ទសុវត្ថិភាពណាមួយកាងនាមឱ្យខ្ញុំ
- ✓ លក់ ដោះដូរ ឬផ្ទេរកម្មសិទ្ធិទៅភាគហ៊ុន សញ្ញាបណ្ណ ឬមូលបត្រផ្សេងទៀត
- ✓ លក់ បញ្ជូន ឬដាក់បន្តកល្លិចអចលនទ្រព្យ ឬចលនទ្រព្យណាមួយ
- ✓ ដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់រដ្ឋាភិបាល រួមទាំងគម្រោង Medicaid ផងដែរ

8. សិទ្ធិអំណាចពិសេស។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិអំណាចដូចខាងក្រោមផងដែរ

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | ផ្តល់អំណោយជាប្រាក់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ |
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសិទ្ធិរស់រានមានជីវិតរបស់ខ្ញុំ |
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលការតែងតាំងអ្នកទទួលផល |
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | បោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការក្លាយជាអ្នកទទួលផលនៃផែនការធនលាភ ឬផែនការចូលនិវត្តន៍ |
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលបរិយាកាសបរិយាកាស |
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | ប្រាប់បរិយាកាសឱ្យធ្វើការបែងចែកពីបរិយាកាសបរិយាកាសតាមដែលខ្ញុំអាចធ្វើបាន |
| ☐ បាទ/ចាស | ☐ ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលកិច្ចព្រមព្រៀងទ្រព្យសម្បត្តិរួម |

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.

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 |

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដែលបានផ្តល់នៅក្នុងឯកសារនេះទៅអ្នកផ្សេងទៀត

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

9. គណនេយ្យ។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាគ្រឹះមូលដ្ឋានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ ហើយបង្ហាញកំណត់ត្រាទាំងនេះដល់ខ្ញុំតាមសំណើរបស់ខ្ញុំ។

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

10. ការតែងតាំងអាណាព្យាបាល ឬអ្នកអភិរក្ស។ ខ្ញុំតែងតាំងភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំជាអ្នកអភិរក្សសម្រាប់ការពិចារណាដោយតុលាការ ប្រសិនបើដំណើរការអភិរក្សក្លាយជាការចាំបាច់។

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

11. ការចេញផ្សាយ HIPAA។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់ស្តីពីចល័តភាព និងគណនេយ្យគ្រាតនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃឆ្នាំ 1996 (HIPAA) ដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

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.

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

← Date

▶
ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (នៅមុខសាក្សី)

← My signature (in front of a notary)

Notarization (ការបញ្ជាក់ដោយសាក្សី)

State of Washington (រដ្ឋ Washington)

County of (ខោនធីនៃ) _____

This document was acknowledged before me on (date) _____

(ឯកសារនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់នៅចំពោះមុខខ្ញុំនៅ (កាលបរិច្ឆេទ))

by (name) / (ដោយ (ឈ្មោះ)) _____ ។

▶
Signature of Notary (ហត្ថលេខានៃសាក្សី)
Notary Public for the State of Washington.
(សាក្សីសម្រាប់រដ្ឋ Washington ។)

My commission expires (ការផ្ទេរសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំផុតកំណត់) _____