

영구 위임장

(Durable power of attorney)

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

위임장을 통해 귀하의 금전 및/또는 의료와 관련된 결정을 도와줄 믿을 수 있는 친구나 친척을 지정할 수 있습니다. (양식 및 지침)

Fill out forms online

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

Form attached:

의료 영구 위임장 (NJP Planning 501 KO)

Form attached:

금융 영구 위임장 (NJP Planning 500 KO)

위임장이란 무엇입니까?

위임장을 통해 귀하의 금전 및/또는 의료와 관련된 결정을 도와줄 믿을 수 있는 친구나 친척을 지정할 수 있습니다. 위임장에 서명하면 귀하가 선택한 사람이 위임장을 귀하의 의료 서비스 제공자, 은행, 학교 및 기타 다른 장소에 지참하여 귀하 본인이 직접 하는 것과 같이 결정을 내리고 계약을 체결합니다.

귀하가 금전 및/또는 의료 결정에 도움을 받기 위해 선택한 믿을 수 있는 친구나 친척은 "대리인"이라고 합니다.

귀하가 아프거나 부상을 입어 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우에도 귀하의 대리인이 이를 사용할 수 있다고 명시되어 있는 경우 위임장은 "영구적"입니다.

공증인 앞에서 위임장에 서명해야 합니까?

영구 위임장은 공증인 앞에서 서명해야 합니다. 공증인을 찾을 수 없는 경우 "이해관계가 없는" 증인 두 명 앞에서 서명을 할 수도 있습니다. 하지만 특히 금융 영구 위임장의 경우 공증이 선호됩니다.

서명을 한 후 어떻게 해야 합니까?

위임장에 서명을 한 후 사본 2부를 만드십시오. 원본은 대리인에게, 사본 1부는 대체 대리인에게 전달하고 다른 사본 1부는 본인이 보관하십시오.

위임장을 변경하여 새 대리인을 선택할 수 있습니까?

네. 귀하는 언제든지 대리인에게 서면으로 통지하여 위임장을 취소(철회)할 수 있습니다.

이전 위임장을 철회한 후에 새 위임장에 서명하여 다른 대리인을 선택할 수 있습니다. 새 위임장 양식에 이전의 모든 위임장을 철회한다는 것을 명시하십시오.

은행에서 본인의 위임장을 수락하지 않으면 어떻게 해야 합니까?

때때로 은행이나 기타 사업체에서 위임장을 수락하지 않는다고 귀하의 대리인에게 통지할 수 있습니다. 이런 경우가 발생하는 데에는 일반적으로 2가지 이유가 있습니다.

1. **공증받지 않은 양식.** 워싱턴 주법에서는 공증인 또는 두 명의 이해관계가 없는 증인 앞에서 서명한 경우 위임장이 유효하다고 규정합니다. 하지만 일부 은행이나 기타 사업체에서는 공증이 반드시 필요하다고 주장합니다. 공증인 앞에서 새 양식에 서명할 수 있습니다. 또는 귀하의 대리인이 법무 부서에 문의하여 Revised Code of Washington (RCW) 11.125.050 (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>)을 언급할 수도 있습니다. 귀하의 양식을 공증하는 대신 두 명의 이해관계가 없는 증인이 입회한 경우 워싱턴 주법에 따라 해당 양식은 여전히 유효합니다. 귀하의 은행은 위임장을 수락해야 합니다.
2. **"올바르지" 않은 양식.** 이 페이지의 위임장 양식은 워싱턴 주법에 따라 유효하지만, 일부 은행과 기타 사업체에서는 자사의 양식을 사용하기를 원합니다. 은행이나 기타 사업체가 귀하의 위임장을 수락하지 않는 경우, 귀하의 대리인은 법무 부서에 문의하여 RCW 11.125.050 (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>) 및 RCW 11.125.200(3)(a) (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200>)를 언급할 수 있습니다.

대리인에게 증명서를 요청할 수 있습니다. 은행은 대리인이 위임장이 유효하다는 것을 확인하는 "증명서"에 서명하는 경우에만 위임장을 수락한다고 통지할 수 있습니다. 이것은 합법입니다. 하지만 은행에서 증명서 발급을 원하는 경우, 은행은 위임장을 받은 날로부터 7일 이내에 요청해야 합니다. 대리인만이 증명서에 서명할 수 있습니다.

은행이나 기관에서 귀하의 양식을 거부하거나 자사의 양식 사용을 요구하는 경우 법적 도움을 받으십시오.

WashingtonLawHelp.org gives general information. It is not legal advice.
Find organizations that provide free legal help on our [Get legal help](#) page.

의료 영구 위임장

저의 이름은 _____입니다.

생년월일은 _____입니다.

1. 대리인. 본인은

을(를) 본인의 의료를 관리할 수 있는 권한을 가진
대리인으로 선택합니다.

대체. 위 대리인이 활동을 할 수 없거나 하기를
원치 않는 경우, 본인은

을(를)

본인의 의료를 관리할 수 있는 권한을 가진

대리인으로 선택합니다.

2번째 대체 대리인. 대리인 및 위 인물 모두
활동을 할 수 없거나 하기를 원치 않는 경우,
본인은 _____을(를)

본인의 의료를 관리할 수 있는 권한을 가진

대리인으로 선택합니다.

2. 권리. 본인은 능력이 있는 한 본인의 의료 결정을 내릴
권리를 유지합니다.

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.

3. **영구.** 본인이 아프거나 상해를 당해 스스로 결정을 내릴 수 없는 상태가 되더라도 본인의 대리인은 본 위임장을 이용하여 본인의 사안을 관리할 수 있습니다. 본인의 장애는 본 위임장에 영향을 미치지 않습니다.
4. **시작일.** 본 위임장은 본인이 서명한 날부터 효력을 갖습니다.
5. **종료일.** 본 위임장은 본인이 위임장을 철회하거나 본인이 사망하였을 때 종료됩니다. 본인의 배우자나 동거인이 본인의 대리인인 경우, 본 위임장은 두 사람 중 한 명이 법원에 이혼을 신청할 경우 종료됩니다.
6. **철회.** 본인은 과거에 서명한 다른 모든 의료 관련 서류의 위임장을 철회합니다. 본인은 본인의 대리인에게 철회를 서면으로 통지하여 본 위임장을 언제든지 철회할 수 있음을 이해합니다.
7. **권한.** 본인의 대리인은 본인이 할 수 있는 모든 일을 본인만큼 완전하고 효과적으로 수행할 수 있는 모든 권한을 가지며 이는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- ✓ 의료 결정을 내리고 본인의 의료에 대해 사전 동의 제공
- ✓ 본인의 의료에 대한 동의 거부 및 철회
- ✓ 의료 서비스 제공자 고용 및 해고
- ✓ 정신 건강 치료 시설이 아닌 의료 시설, 간호 시설, 주거 시설 또는 기타 유사한 시설에 대한 입원 신청 및 동의

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:

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

- ✓ 개정된 1996 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)에 따라 모든 목적에 대해 본인의 개인 대리인 역할 수행
- ✓ 본인이 거주하거나 치료를 받고 있는 병원 또는 기타 의료 시설 방문

8. **정부 보조금.** 본인의 대리인은 본인을 대신하여 연방 및 주 현금, 식품, 의료, 주택 및 장기 요양 보조금과 서비스에 관한 신청서, 계약서, 지속 자격 검토 동의서 및 진료 계획의 서명 및 동의 등을 포함하여 모든 정부 보조금 업무를 처리하고 관리할 온전한 권한을 갖습니다.
9. **정신 건강 치료.** 본인의 대리인은 본인의 정신 건강 치료 시설 입원 또는 배치를 처리할 권한이 없습니다. 본인의 대리인은 신체적 이동의 자유를 제한하는 전기 충격 요법, 정신 외과 또는 기타 정신과 또는 정신 건강 시술에 동의할 권한이 없습니다.
10. **회계.** 본인의 대리인은 본인의 금전적 사안에 대해 정확한 기록을 작성하고 본인이 요청 시 그 기록을 본인에게 보여줘야 합니다.
11. **후견인 지명.** 본인은 후견인 제도 절차가 필요한 경우 본인의 대리인을 후견인으로 지정하여 법원의 검토를 받게 합니다.
12. **HIPAA 공개.** 본인은 본인의 의료 제공자에게 1996 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)이 적용되는 모든 정보를 본인의 대리인에게 공개할 것을 승인합니다.

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.

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.

본인은 본 문서에 명시된 목적을 위해 본인의 자유 의지에 따라 서명합니다.

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

날짜: _____

← Date

▶ _____

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

서명 (공증인 또는 증인 입회하)

Notarization (공증)

State of Washington (워싱턴주) County of (카운티) _____

This document was acknowledged before me on (date) _____

(본 문서는 본인의 입회하에 __ (날짜) 에 인정되었습니다.)

by (name) / (성명) _____.

▶ _____

Signature of Notary (공증인 서명)

Notary Public for the State of Washington.

(워싱턴주 공증인)

My commission expires (공증 만료일) _____

증인 진술

(공증인을 찾지 못한 경우 대체)

(날짜) _____, (성명) _____
_____은(는)
본인 입회하에 본 영구 위임장에 서명했습니다. 본인은
요청에 따라 서명의 증인이 되는 데 동의했습니다.

- 본인은 해당 개인과 혈연, 결혼, 주 등록 동거 관계 상
관련이 없습니다.
- 본인은 해당 개인을 주택이나 장기 요양 시설에서
간호하지 않습니다.

증인 1

▶ _____

서명

성명

주소 _____

전화번호 _____

증인 2

▶ _____

서명

성명

주소 _____

전화번호 _____

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

의료 영구 위임장
부록: 연락처 정보

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

나의 정보

My information

나의 이름 _____

My name

생년월일 _____

My date of birth

전화번호 _____

My phone number

이메일 주소 _____

My email address

우편 주소 _____

My mailing address

주치의 _____

My primary care medical provider

위임장

Power of attorney

본인은 본인이 불가능한 경우 다른 사람("대리인")이 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있도록 하는 영구 위임장을 가지고 있습니다.

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

의료 대리인

My health care agent

대리인 성명 _____

Agent's name

대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) _____

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

대리인 전화번호 _____

My agent's phone number

대리인 이메일 주소 _____

My agent's email address

대체 의료 대리인(해당하는 경우)

My alternate health care agent (if any)

대체 대리인 성명 _____

Alternate's name

대체 대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) _____

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

대체 대리인 전화번호 _____

Alternate's phone number

대체 대리인 이메일 주소 _____

Alternate's agent's email

2번째 대체 의료 대리인(해당하는 경우)

My 2nd alternate health care agent (if any)

2번째 대체 대리인 성명 _____

2nd alternate's name

2번째 대체 대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) _____

2nd alternate's relationship to me
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

2번째 대체 대리인 전화번호 _____

2nd alternate's phone number

2번째 대체 대리인 이메일 주소 _____

2nd alternate's agent's email

금융 영구 위임장

저의 이름은 _____입니다.

생년월일은 _____입니다.

1. 대리인. 본인은

을(를) 본인의 금전을 관리할 수 있는 권한을 가진
대리인으로 선택합니다.

대체. 위 대리인이 활동을 할 수 없거나 하기를 원치
않는 경우, 본인은

을(를) 본인의 금전을 관리할 수 있는 권한을 가진
대리인으로 선택합니다.

2번째 대체 대리인. 대리인 및 위 인물 모두 활동을
할 수 없거나 하기를 원치 않는 경우, 본인은

을(를) 본인의 금전을 관리할 수 있는 권한을 가진
대리인으로 선택합니다.

2. **권리.** 본인은 능력이 있는 한 본인의 금전적 결정을 내릴
권리를 유지합니다.

3. **영구.** 본인이 아프거나 상해를 당해 스스로 결정을 내릴
수 없는 상태가 되더라도 본인의 대리인은 본 위임장을
이용하여 본인의 금전을 관리할 수 있습니다. 본인의
장애는 본 위임장에 영향을 미치지 않습니다.

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.

4. **시작일.** 본 위임장은 다음 날부터 유효합니다. (하나를 선택하십시오)

즉시

본인의 의료 서비스 제공자가 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없다고 명시한 문서에 서명한 경우에만

5. **종료일.** 본 위임장은 본인이 위임장을 철회하거나 본인이 사망하였을 때 종료됩니다. 본인의 배우자나 동거인이 본인의 대리인인 경우, 본 위임장은 두 사람 중 한 명이 법원에 이혼을 신청할 경우 종료됩니다.

6. **철회.** 본인은 과거에 서명한 모든 금융 서류의 위임장을 철회합니다. 본인은 본인의 대리인에게 철회를 서면으로 통지하여 본 위임장을 언제든지 철회할 수 있음을 이해합니다.

7. **권한.** 본인의 대리인은 본인이 할 수 있는 모든 일을 본인만큼 완전하고 효과적으로 수행할 수 있는 모든 권한을 가지며 이는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- ✓ 모든 금융기관 내 본인 명의의 계좌로 입금 및 결제
- ✓ 본인 명의의 안전 금고 열람 및 내용물 제거
- ✓ 주식, 채권 또는 기타 유가증권의 판매, 교환 또는 소유권 이전
- ✓ 부동산 또는 개인 재산을 판매, 전달 또는 담보로 설정
- ✓ Medicaid를 포함한 정부 혜택 신청 및 관리

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.

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

8. 특수 권한. 본인의 대리인은 또한 다음의 권한을 갖습니다.

예 아 니요 본인의 돈이나 재산의 기부

예 아 니요 본인의 생존자권 설정, 변경 또는 취소

예 아 니요 수령인 지정 설정, 변경 또는 취소

예 아 니요 본인의 연금 보험 또는 퇴직 연금 수령자 권리 포기

예 아 니요 신탁 개설, 변경 또는 취소

예 아 니요 본인과 같은 권리로 수탁인에게 신탁에서 분배하도록 전달

예 아 니요 공동 재산 계약 작성, 변경 또는 취소

예 아 니요 본 문서에서 허용된 권한을 타인에게 이전

9. 회계. 본인의 대리인은 본인의 재무에 대해 정확한 기록을 작성하고 본인이 요청 시 그 기록을 본인에게 보여줘야 합니다.

10. 후견인 또는 관리인 지정. 본인은 후견인 제도 절차가 필요한 경우 본인의 대리인을 관리인으로 지정하여 법원의 검토를 받게 합니다.

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.

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

11. HIPAA 공개. 본인은 본인의 의료 제공자에게 1996 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)이 적용되는 모든 정보를 본인의 대리인에게 공개할 것을 승인합니다.

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.

날짜: _____	← Date
▶ _____ 서명 (공증인 입회하)	← My signature (in front of a notary)

Notarization (공증)

State of Washington (워싱턴주) County of (카운티) _____

This document was acknowledged before me on (date) _____

(본 문서는 본인의 입회하에 __ (날짜)에 인정되었습니다.)

by (name) / (성명) _____.

▶ _____

Signature of Notary (공증인 서명)

Notary Public for the State of Washington.

(워싱턴주 공증인)

My commission expires (공증 만료일) _____