

(Durable power of attorney)

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

???????????? (power of attorney) - ??? ?????????, ??????? ??????????
?????????? ??????? ??????? ??? ???????????????, ??????????? ?? ???????????,
?????????? ??? ? ???????????, ????????????? ? ??????????? ?/??? ??????????????
?????????????????. (?????? ? ??????????????)

Fill out forms online

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

Form attached:

?????????????? ??????????????? ? ??????????? ???????????????
???????????????? (NJP Planning 501 RU)

Form attached:

???????????????? ??????????????? ? ??????????? ?????????????? ?????????? (NJP
Planning 500 RU)

??? ?????? ??????????????????

???????????????? (power of attorney) - ??? ?????????, ??????? ??????????
?????????? ??????? ??????? ??? ???????????????, ??????????? ?? ???????????,
?????????? ??? ? ???????????, ????????????? ? ??????????? ?/??? ??????????????
?????????????????. ?????? ?????, ??? ?? ??????????? ???????????????, ???????????
????? ????? ??????? ??????????????? ?? ??????????? ?????????????????? ??? ???????,
????, ?????????????? ? ??????? ?????????????, ?????? ??????????? ????????? ?

???????????? ?????????? ?? ??????? ??????.

???? ???? ??????????????, ?????????? ?? ??????????? ?????????? ??? ? ???????????, ????????????? ? ??????????? ?/???? ?????????????? ????????????????, ????????????? ?????? «?????????????????».

???????????????? ?????????? «????????????????» (durable), ????? ? ??? ?????????, ??? ??? ?????????? ????? ????? ?? ?????????? ??? ?????????? ??????, ? ??????? ?? ??????? ?????????? ?????????????????? ??????????.

?????????????? ?? ?????????????? ??????????????? ? ?????????????? ??????????? ?

????????????????? ?????????????????? ?????????????? ?????????????? ? ?????????????? ??????????????. ???? ? ??? ??? ?????? ??????????????, ?????? ????????????? ?? ? ?????????????? ???? ?????????????????? ??????????????. ?????? ?????????????????? ?????????????? ?????????????????? ??????????????????, ?????????? ???? ???? ????? ? ?????????? ?????????????? ??????????.

????????????????? ?????????????, ??? ?????????

????????????????????????????, ?????????? ? ??? 2 ??????. ?????????? ?????????? ??????????????????, ???? ?????? - ?????????????????????? ??????????????????, ??????? ?????? ?????????? ? ??????.

????? ?? ?????????? ?????????????????? ? ?????????? ?????????? ??????????????????

??. ?????????????????? ?????? ?????????? («????????????», revoke) ? ?????? ??????, ??? ?????? ?????? ?????????????? ?????????? ?????????????????? ?????????????? ??????????????.

????????? ??????????????????, ?? ??????? ??????? ?????????????? ?????? ?????????????????? ? ?????????????? ?????????? ??????????????????. ??????????, ??? ? ?????? ?????????????????? ?????????, ??? ??? ?????????? ?????????????????? ?????? ??????????.

??? ????? ?????? ?? ?????????????? ??? ??????????????????

????????? ?????? ?????????????? ?????? ?????????? ?????????? ??????????????????, ??? ?????? ?????? ?????????????????? ?? ??????????. ??? ?????????????????????? ?????????? ?????????? ?????????????? ??????????????????;

1. ?????????????????? ?? ?????????? ??????????????????. ?? ?????????????????????? ?????? ?????????????? ?????????????????? ?????????????? ??????????????????, ???? ??? ?????????????? ? ?????????????????? ?????????????? ??? ?????? ??????????????????

Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания

Мое имя: _____.

Дата моего рождения: _____.

1. Представитель. Я выбираю (имя):

_____ своим Представителем с полным правом управлять моим медицинским обслуживанием.

- ☐ **Альтернативный представитель.** Если вышеуказанный представитель не может или не хочет действовать от моего имени, я выбираю (имя):

_____ в качестве моего представителя с полным правом распоряжаться моим медицинским обслуживанием.

- ☐ **Второй альтернативный представитель.** Если вышеобозначенные представитель и альтернативный представитель не смогут или не пожелают действовать от моего имени, я выбираю (имя):

_____ своим Представителем с полным правом управлять моим медицинским обслуживанием.

2. Мои права. Я сохраняю за собой право принимать за себя решения в отношении моего медицинского обслуживания так долго, как я в состоянии их принимать.

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 health care.

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

- 3. Долгосрочное действие.** Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения в отношении моего медицинского обслуживания, даже если я заболею или перенесу травму и не смогу принимать такие решения самостоятельно. Ограничение моих возможностей не повлияет на действие настоящей доверенности.
- 4. Дата начала действия.** Настоящая доверенность вступает в силу с момента подписания.
- 5. Дата окончания действия.** Действие настоящей доверенности закончится в случае, если я отзову ее, или в случае моей смерти. Если моим Представителем является супруг (супруга) или сожитель (сожительница), действие настоящей доверенности закончится, если один из нас подаст в суд заявление на развод.
- 6. Отзыв доверенностей.** Я отзываю любую подписанную мною в прошлом доверенность на решение медицинских вопросов. Я понимаю, что могу отозвать настоящую доверенность в любое время, направив моему Представителю письменное уведомление об отзыве.
- 7. Полномочия.** Моему Представителю предоставляются все полномочия и права на осуществление любых действий в той же мере и так же эффективно, как если бы эти действия осуществлялись мной самостоятельно, в том числе:
- ✓ право принимать решения, относящиеся к моему медицинскому обслуживанию, давать информированное согласие на медицинское обслуживание в качестве моего представителя;
 - ✓ право отказывать в предоставлении такого согласия и отзываться согласия;
 - ✓ право нанимать и увольнять персонал, предоставляющий мне медицинское обслуживание;

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

- ✓ право подавать запросы о моем поступлении и согласие на мое поступление в учреждение, предоставляющее медицинский уход, проживание, либо в другое подобное учреждение, **не** являющееся психиатрическим учреждением;
- ✓ право выполнять функции моего личного представителя во всех целях, предусмотренных законом «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г.;
- ✓ право посещать меня в любой больнице и ином медицинском учреждении, в котором я проживаю или прохожу лечение.

8. Государственные льготы. Моему Представителю предоставляются все полномочия и права организовывать от моего имени получение мною государственных льгот и управлять ими, включая, в том числе, право подписывать и согласовывать заявления, контракты и соглашения на пересмотр права на денежное пособие, продуктовые купоны и медицинское страхование, жилищное обеспечение и долгосрочный уход из федеральных фондов и фондов штата.

9. Психиатрическое лечение. Мой Представитель **не** уполномочен организовывать мое поступление в психиатрическое учреждение или мое размещение в таком учреждении. Мой Представитель **не** уполномочен давать согласие на лечение электрошоком, психирургию или другие психиатрические процедуры, ограничивающие свободу моего физического перемещения.

10. Финансовый учет. Мой Представитель обязан вести точные учетные записи, относящиеся к состоянию моих финансовых средств, и предоставлять мне эти записи по требованию.

11. Назначение опекуна. На случай, если перед судом возникнет необходимость назначения опекуна, я выдвигаю на эту роль кандидатуру моего Представителя.

- ✓ 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.

12. Разрешение на предоставление информации в соответствии с законом HIPAA. Я разрешаю персоналу обслуживающих меня медицинских учреждений предоставлять моему Представителю любую информацию, которая контролируется в соответствии с законом «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г.

Подписано мной по собственной воле для целей, указанных в настоящем документе.

Дата: _____



Подписано мною (в присутствии нотариуса или свидетеля)

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.

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)

Notarization (preferred) / Нотариальное заверение (желательно)

State of Washington (*Штат Вашингтон*)

County of (*Округ*) _____

This document was acknowledged before me on (*date*) _____

Настоящий документ был зарегистрирован в моем присутствии (дата)

by (*name*) (*имя подписанта*) _____.



Signature of Notary (*Подпись нотариуса*)
Notary Public for the State of Washington.
(*Нотариус штата Вашингтон*).
My commission expires (*Мои полномочия истекают*)

Заявление свидетелей
(только если у вас нет возможности заверить
доверенность нотариально)

В (дата) _____ (имя доверителя)

_____ подписал эту доверенность в моем присутствии. Я согласился засвидетельствовать подписание доверенности по просьбе директора.

- Я не прихожусь доверителю родственником, супругом или сожителем.
- Я не предоставляю доверителю уход на дому или в учреждении длительного ухода.

Свидетель 1

► Подпись _____

Имя печатными буквами _____

Адрес _____

Телефон _____

Свидетель 2

► Подпись _____

Имя печатными буквами _____

Адрес _____

Телефон _____

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

Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания

Приложение: Контактная информация

Durable Power of Attorney for Health Care

Attachment: Contact Info

Сведения обо мне

Мое имя _____
дата рождения _____
номер телефона _____
email _____
Почтовый адрес _____
мой поставщик первичной медицинской помощи _____

My information

My name
My date of birth
My phone number
My email address
My mailing address
My primary care medical provider

Доверенность

Я выдал **Долгосрочную доверенность**, которая позволяет другому лицу (моему «Представителю») принимать за меня медицинские решения, если я сам на это не способен.

Power of attorney

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

Мой Представитель

Имя Представителя _____
Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.) _____
телефон Представителя _____
email Представителя _____

My health care agent

Agent's name
Agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
Agent's phone number
Agent's email address

Мой альтернативный представитель (при наличии)

Имя альтернативного Представителя _____
Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.) _____
телефон альтернативного Представителя _____
email альтернативного Представителя _____

My alternate health care agent (if any)

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

Второй альтернативный представитель (при наличии)

Имя второго альтернативного представителя _____
Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг(а), сестра и т.д.) _____
телефон второго альтернативного представителя _____
Email второго альтернативного представителя _____

My 2nd alternate health care agent (if any)

2nd alternate's name
2nd alternate's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
2nd alternate's phone number
2nd alternate's email address

Долгосрочная доверенность в отношении финансовых вопросов

Мое имя: _____.

Дата моего рождения: _____.

1. Представитель. Я выбираю (имя):

_____ своим Представителем с полным правом управлять моими финансовыми средствами.

- ☐ **Альтернативный представитель.** Если представитель, указанный выше, не может или не желает действовать, я выбираю(имя):

_____ в качестве своего представителя с полными полномочиями по управлению моими средствами.

- ☐ **Второй альтернативный представитель.** Если мой Представитель и Альтернативный представитель, указанные выше, не смогут или не пожелают действовать, я выбираю (имя):

_____ своим Представителем, с полным правом управлять моими финансовыми средствами.

2. Мои права. Я сохраняю за собой право принимать за себя решения в отношении финансовых средств так долго, как я в состоянии их принимать.

3. Долгосрочное действие. Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения в отношении финансовых вопросов, даже если я заболею или перенесу травму и не смогу принимать такие решения самостоятельно. Ограничение моих возможностей не повлияет на действие настоящей доверенности.

4. Дата начала действия. Настоящая доверенность вступает в силу: (отметить одно)

- ☐ Немедленно.

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

- ☐ Только в том случае, если медицинский работник подпишет письмо, уведомляющее о том, что я не могу принимать решения самостоятельно.

5. Дата окончания действия. Действие настоящей доверенности закончится в случае, если я отзову ее, или в случае моей смерти. Если моим Представителем является супруг (супруга) или сожитель (сожительница), действие настоящей доверенности закончится, если один из нас подаст в суд заявление на развод.

6. Отзыв доверенностей. Я отзываю любую подписанную мною в прошлом доверенность в отношении финансовых вопросов. Я понимаю, что могу отозвать настоящую доверенность в любое время, направив моему Представителю письменное уведомление об отзыве.

7. Полномочия. Моему Представителю предоставляются все полномочия и права на осуществление любых действий в той же мере и так же эффективно, как если бы эти действия осуществлялись мной самостоятельно, в том числе:

- ✓ право депонировать финансовые средства на любые счета, зарегистрированные под моим именем в любом финансовом учреждении, и изымать финансовые средства с таких счетов;
- ✓ право открывать любой зарегистрированный под моим именем сейф и удалять из такого сейфа любые содержащиеся в нем предметы;
- ✓ право продавать и обменивать акции, облигации и другие ценные бумаги и передавать право собственности на такие акции, облигации и другие ценные бумаги;
- ✓ право продавать, передавать или обременять задолженностями любое недвижимое или личное имущество;
- ✓ право подавать заявления на государственные льготы, включая Medicaid.

8. Особые полномочия. Моему Представителю также представляются следующие полномочия:

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

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

- ☐ да ☐ нет дарить мои денежные средства или имущество
- ☐ да ☐ нет создавать, изменять или отменять права наследования, возникающие в результате моей смерти
- ☐ да ☐ нет назначать бенефициаров, а также изменять или отменять их назначение
- ☐ да ☐ нет приостанавливать действие моего права быть бенефициаром аннуитета или пенсионного плана
- ☐ да ☐ нет создавать доверительные фонды, а также вносить в них изменения или отменять их создание
- ☐ да ☐ нет давать указания управляющему о распределении средств доверительного фонда таким же образом, каким бы это сделал я сам
- ☐ да ☐ нет подписывать соглашения об общем имуществе, а также вносить в них изменения или отменять их подписание
- ☐ да ☐ нет передавать полномочия, предусмотренные настоящим документом, третьим лицам

- 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

9. Финансовый учет. Мой Представитель обязан вести точные учетные записи, относящиеся к состоянию моих финансовых средств, и предоставлять мне эти записи по требованию.

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

10. Назначение опекуна. На случай, если перед судом возникнет необходимость назначения опекуна, я выдвигаю на эту роль кандидатуру моего Представителя.

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

11. Разрешение на предоставление информации в соответствии с законом HIPAA. Я разрешаю персоналу обслуживающих меня медицинских учреждений предоставлять моему Представителю любую информацию, которая контролируется в соответствии с законом «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г.

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.

Дата: _____

← Date

► _____

← My signature (in front of a notary)

Подписано мною (в присутствии нотариуса)

Notarization / Нотариальное заверение

State of Washington (*Штат Вашингтон*)

County of (*Округ*) _____

This document was acknowledged before me on (*date*) _____

Настоящий документ был зарегистрирован в моем присутствии (дата)

by (*name*) (*имя подписанта*) _____.



Signature of Notary (*Подпись нотариуса*)

Notary Public for the State of Washington.

(*Нотариус штата Вашингтон*).

My commission expires (*Мои полномочия истекают*)