

Долгосрочная доверенность

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

Доверенность (power of attorney) - это документ, который позволяет поручить вашему другу или родственнику, которому вы доверяете, помогать вам с решениями, связанными с финансами и/или медицинским обслуживанием. (Формы и инструкции)

Form attached:

Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания (NJP Planning 501 RU)

Form attached:

Долгосрочная доверенность в отношении финансовых вопросов
(NJP Planning 500 RU)

Что такое доверенность?

Доверенность (power of attorney) - это документ, который позволяет поручить вашему другу или родственнику, которому вы доверяете, помогать вам с решениями, связанными с финансами и/или медицинским обслуживанием. После того, как вы подпишете доверенность, выбранное вами лицо сможет предъявлять ее персоналу

обслуживающих вас банков, школ, медицинских и других учреждений, чтобы принимать решения и подписывать договоры от вашего имени.

Друг или родственник, которому вы доверяете помогать вам с решениями, связанными с финансами и/или медицинским обслуживанием, называется вашим «представителем».

Доверенность является «долгосрочной» (durable), если в ней указано, что она действует даже если вы заболели или перенесли травму, и больше не можете принимать самостоятельные решения.

Обязательно ли подписывать доверенность в присутствии нотариуса?

Долгосрочную доверенность желательно подписывать в присутствии нотариуса. Если у вас нет такой возможности, можно подписать ее в присутствии двух непредвзятых свидетелей. Однако нотариальное заверение доверенности предпочтительно, особенно если речь идет о принятии финансовых решений.

Доверенность подписана, что дальше?

Подписав доверенность, снимите с нее 2 копии. Оригинал отдайте представителю, одну копию - альтернативному представителю, вторую копию оставьте у себя.

Можно ли изменять доверенность и выбирать другого представителя?

Да. Доверенность можно отменить («отозвать», revoke) в любое время, для этого нужно направить вашему представителю письменное

уведомление.

Отозвав доверенность, вы можете заново заполнить форму доверенности и назначить другого представителя. Убедитесь, что в новой доверенности указано, что все прежние доверенности были отозваны.

Что если банк не принимает мою доверенность?

Банк или иное учреждение может сообщить вашему представителю, что ваша форма доверенности не подходит. Две распространенные причины отказа принимать доверенность:

1. **Доверенность не заверена нотариально.** По законодательству штата Вашингтон доверенность считается действительной, если она подписана в присутствии нотариуса **или** двух непредвзятых свидетелей. Но некоторые банки и учреждения настаивают на том, что доверенность **обязательно** должна быть заверена нотариально. Вы можете написать новую доверенность и заверить ее нотариально. Но также ваш представитель может обратиться в юридический отдел отказавшего ему учреждения и сослаться на раздел 11.125.050 Пересмотренного свода законов штата Вашингтон (Revised Code of Washington, RCW) (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>). Если ваша доверенность подписана в присутствии двух непредвзятых свидетелей, но не заверена нотариально, по законам штата Вашингтон она считается действительной. Ваш банк **должен** ее принять.
2. **Форма доверенности «неправильная»** Формы доверенности, предложенные на этом сайте, соответствуют законодательству

штата Вашингтон, но некоторые банки и иные учреждения предпочитают, чтобы вы использовали *их собственные* формы. Если банк или иное учреждение не принимает вашу доверенность, ваш представитель может обратиться в их юридический отдел и сослаться на разделы 11.125.050 (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>) и 11.125.200(3)(a) Пересмотренного свода законов штата Вашингтон (RCW) (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200>).

У представителя могут потребовать заверить доверенность Банк может потребовать от представителя «заверить» доверенность, подписать заявление (certification statement), подтверждающее, что доверенность действительна. Это законное требование. Однако банк вправе потребовать такое заявление только в течение 7 дней с момента предъявления самой доверенности. Подписывать такое заявление должен только представитель.

Если банк отказывается принимать вашу доверенность или настаивает на том, чтобы вы воспользовались их формой доверенности, обратитесь за юридической помощью.

Durable Power of Attorney for Health Care

My name is _____. My date of birth is _____.

1. **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.
2. **My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself if I am capable.
3. **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.
4. **Start Date.** This power of attorney is effective on the day I sign it.
5. **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. **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.
7. **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

8. **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. **Mental Health Treatment.** Unless I give my Agent power of attorney for mental health care **and** I have a Mental Health Advance Directive that specifically consents to these things:
- ✓ 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.
10. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these records to me at my request.
11. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.
12. **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.

► _____
My signature (*in front of a notary or witnesses*) Date _____

Notarization (preferred)

State of Washington

County of _____

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

► _____
Signature of Notary
Notary Public for the State of Washington.
My commission expires _____.

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: _____

Durable Power of Attorney for Health Care
Attachment: Contact Info

My information

My name _____

My date of birth _____

My phone number _____

My email address _____

My mailing address _____

My primary care medical provider _____

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.

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 _____

My alternate health care agent (if any)

Alternate’s agent’s name _____

Alternate agent’s relationship to me (friend, partner, spouse, sister, etc.) _____

Alternate agent’s phone number _____

Alternate agent’s email address _____

My 2nd alternate health care agent (if any)

2nd alternate’s name _____

2nd alternate’s relationship to me (friend, partner, spouse, sister, etc.) _____

2nd alternate’s phone number _____

2nd alternate’s email address _____

Durable Power of Attorney for Finances

My name is _____. My date of birth is _____.

1. **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.
2. **My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself if I am capable.
3. **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. **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.
5. **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. **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.
7. **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. **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

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

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

11. 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.



My signature (*in front of a notary*) _____

_____ Date

Notarization (preferred)

State of Washington

County of _____

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

by (*name*) _____.



Signature of Notary

Notary Public for the State of Washington.

My commission expires _____.