

Poder Notarial Duradero para Finanzas

Mi nombre es _____.

Mi fecha de nacimiento es _____.

1. Representante. Selecciono a (*nombre*):

_____ como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.

- ☐ **Suplente.** Si el Representante arriba mencionado no puede o no está dispuesto a actuar, selecciono a (*nombre*):

_____ como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.

- ☐ **Segundo Suplente.** Si tanto el representante como el suplente arriba nombrados no pueden o no quieren actuar, selecciono a (*nombre*):

_____ como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.

2. Mis derechos. Me reservo el derecho de tomar decisiones financieras por mí mismo(a) mientras sea capaz de hacerlo.

3. Duradero. Mi Representante puede usar este poder notarial para administrar mis finanzas aun si yo me enfermo o me lesiono y no puedo tomar decisiones por mí mismo. Mi discapacidad no afectará este poder notarial.

4. Fecha de Inicio. Este poder notarial entra en vigencia: (*marcar uno*)

- ☐ Inmediatamente
- ☐ Solamente si mi proveedor médico firma una carta diciendo que no puedo tomar decisiones por mí mismo(a).

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.

5. Fecha de Fin. Este poder notarial vence si yo lo revoco o cuando yo muera. Si mi cónyuge o pareja doméstica es mi Representante, este poder notarial vence si cualquiera de nosotros presenta una petición de divorcio en el juzgado.

6. Revocación. Revoco cualquier documento de poder notarial para finanzas que haya firmado en el pasado. Comprendo que puedo revocar este poder notarial en cualquier momento dando aviso escrito de la revocación a mi Representante.

7. Poderes. Mi Representante tendrá plenos poderes y autoridad para hacer cualquier cosa tan plena y efectivamente como yo podría hacerlo por mí mismo(a), incluyendo, entre otros, poder para:

- ✓ Hacer depósitos a, y pagos desde, cualquier cuenta a mi nombre en cualquier institución financiera
- ✓ Abrir y retirar artículos de cualquier caja de seguridad a mi nombre
- ✓ Vender, intercambiar, o transferir títulos de acciones, bonos, u otros valores,
- ✓ Vender, traspasar, o gravar cualquier bien mueble o inmueble
- ✓ Solicitar y administrar beneficios del gobierno, incluyendo Medicaid

8. Poderes especiales. Mi Representante también tendrá los siguientes poderes:

- ☐ sí ☐ no Hacer regalos de mi dinero o propiedad
- ☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar mis derechos de supervivencia
- ☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar designaciones de beneficiarios
- ☐ sí ☐ no Renunciar a mi derecho a ser el beneficiario de un plan de anualidad o jubilación

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:

- 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

☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar un fideicomiso

☐ sí ☐ no Decir a un fideicomisario que haga distribuciones de un fideicomiso tal como yo podría

☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar un convenio de bienes en comunidad

☐ sí ☐ no Dar facultades otorgadas en este documento a otra persona

9. Contabilidad. Mi Representante debe mantener registros fidedignos de mis finanzas y debe mostrarme esta documentación cuando yo lo pida.

10. Nominación de Guardián o Conservador. Nomino a mi Representante como el conservador para su consideración por el tribunal si procedimientos de tutela para la administración de bienes llegarán a ser necesarios.

11. Autorización de HIPAA. Autorizo a mis proveedores de salud a compartir toda la información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) con mi Representante.

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.

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.

Fecha: _____

►

Mi firma (ante notario)

← Date

← My signature (in front of a notary)

Notarización (Notarization)

State of Washington (*Estado de Washington*)
County of (*Condado de*) _____

This document was acknowledged before me on (*date*) _____
Este documento fue reconocido ante mí el (fecha)
by (*name*) / por (*nombre*) _____.

►

Signature of Notary (*Firma de Notario*)
Notary Public for the State of Washington.
(*Notario Público para el Estado de Washington.*)

My commission expires (*Mi comisión vence*) _____