

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

▶ _____

← My signature (in front of a notary)

서명 (공증인 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) _____