

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*)