

Ủy Quyền Tài Chính Lâu Dài

Tên tôi là _____.

Ngày sinh _____.

1. Người đại diện. Tôi chọn (tên):

_____ làm Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề tài chính của tôi.

- ☐ **Người thay thế.** Nếu người đại diện có tên ở trên không thể hoặc không sẵn lòng hành động, tôi chọn (tên):

_____ là Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề tài chính của tôi.

- ☐ **Người thay thế thứ 2.** Nếu cả người đại diện và người thay thế có tên ở trên không thể hoặc không sẵn lòng hành động, tôi chọn (tên):

_____ là Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề tài chính của tôi.

2. Các Quyền Của Tôi. Tôi giữ quyền ra các quyết định tài chính cho bản thân nếu tôi có đủ khả năng.

3. Lâu Dài. Người Đại diện của tôi có thể sử dụng giấy ủy quyền này để quản lý các vấn đề tài chính của tôi ngay cả khi tôi bị bệnh hoặc bị tổn thương và không thể tự đưa ra quyết định. Tình trạng tàn tật của tôi sẽ không ảnh hưởng đến ủy quyền này.

4. Ngày Bắt Đầu. Giấy ủy quyền này có hiệu lực: (đánh dấu vào một ô)

- ☐ Ngay lập tức
- ☐ Chỉ khi nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi ký một lá thư nói rằng tôi không thể tự đưa ra quyết định.

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

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.

5. Ngày Hết Hạn. Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn nếu tôi hủy bỏ hoặc khi tôi qua đời. Nếu vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống của tôi là Người đại diện của tôi, thì giấy ủy quyền này sẽ chấm dứt nếu một trong hai chúng tôi nộp đơn ly hôn lên tòa án.

6. Thu Hồi. Tôi thu hồi bất kỳ giấy ủy quyền nào khác đối với các tài liệu tài chính mà tôi đã ký trước đây. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản về việc thu hồi cho Người đại diện của tôi.

7. Quyền Hạn. Người Đại diện của tôi sẽ có mọi quyền hạn và thẩm quyền để làm bất cứ điều gì một cách đầy đủ và hiệu quả như tôi có thể tự mình làm, bao gồm, nhưng không giới hạn ở quyền:

- ✓ Gửi tiền vào, và thanh toán từ, bất kỳ tài khoản nào đứng tên tôi ở bất kỳ tổ chức tài chính nào
- ✓ Mở và lấy bất cứ đồ vật nào khỏi bất kỳ hộp ký gửi an toàn nào đứng tên tôi
- ✓ Bán, trao đổi, hoặc chuyển giao quyền sở hữu cổ phiếu, trái phiếu hoặc các chứng khoán khác
- ✓ Bán, chuyển nhượng, hoặc thế chấp bất kỳ bất động sản hoặc tài sản cá nhân
- ✓ Đăng ký và quản lý các phúc lợi của chính phủ, bao gồm cả Medicaid

8. Quyền Hạn Đặc Biệt. Người đại diện của tôi cũng có các quyền hạn sau:

- | | |
|--|---|
| ☐ Có ☐ Không | Tặng quà bằng tiền hoặc tài sản của tôi |
| ☐ Có ☐ Không | Tạo, thay đổi, hoặc hủy bỏ quyền của người còn sống của tôi |
| ☐ Có ☐ Không | Tạo, thay đổi, hoặc hủy bỏ chỉ định người thụ hưởng |
| ☐ Có ☐ Không | Từ bỏ quyền của tôi để trở thành người thụ hưởng niên kim hoặc chương trình hưu trí |

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 |

☐ Có ☐ Không Tạo, thay đổi, hoặc hủy bỏ một
ủy thác

☐ Có ☐ Không Yêu cầu người được ủy thác
thực hiện phân phối từ một ủy
thác giống như tôi có thể

☐ Có ☐ Không Tạo, thay đổi, hoặc hủy bỏ thỏa
thuận tài sản chung

☐ Có ☐ Không Chuyển giao thẩm quyền trong
tài liệu này cho người khác

9. Kế toán. Người Đại diện của tôi sẽ lưu giữ hồ sơ
chính xác về các vấn đề tài chính của tôi và xuất trình
những hồ sơ này theo yêu cầu của tôi.

10. Chỉ Định Người Giám hộ hoặc Người Bảo hộ. Tôi
chỉ định Người Đại diện của tôi làm người bảo hộ để
tòa án xem xét nếu cần các thủ tục làm bảo hộ.

11. Tiết Lộ HIPAA. Tôi cho phép các nhà cung cấp dịch
vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tiết lộ tất cả thông tin
được quản lý theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải Trình
và Cung cấp Thông tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996
(HIPAA) cho Người Đại diện của tôi.

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.

Ngày: _____

► _____

Chữ ký của tôi (trước mặt công chứng viên)

← Date

← My signature (in front of a notary)

Notarization (Công Chứng)

State of Washington (Tiểu Bang Washington)

County of (Quận) _____

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

(Văn bản này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày (ngày))

by (name) / bởi (tên) _____.



Signature of Notary

(Chữ ký của Công Chứng Viên)

Notary Public for the State of Washington.

(Dịch Vụ Công Chứng Của Tiểu Bang
Washington.)

My commission expires _____

(Phận sự của tôi kết thúc vào)