

Durable Power of Attorney for Health Care

My name is _____.

My date of birth is _____.

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 finances.

My Rights. I keep the right to make health care decisions for myself if I am capable.

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.

Start Date. This power of attorney is effective on the day I sign it.

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 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.

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:

توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية

_____ اسمي هو

_____ تاريخ ميلادي هو

1. وكيل. أختار (الاسم)

، كوكيل لي مع صلاحيات كاملة لإدارة الرعاية الصحية الخاصة بي.

☐ وكيل بديل. إذا كان الوكيل المسمى أعلاه غير قادر أو راغب في التصرف، فأنا أختار (الاسم) _____، كوكيل لي مع صلاحيات كاملة لإدارة الرعاية الصحية الخاصة بي.

☐ البديل الثاني. إذا كان كل من الوكيل والبديل المذكورين أعلاه غير قادرين أو غير راغبين في العمل، أختار (الاسم)

كوكيل لي مع السلطة الكاملة لإدارة شؤني المالية.

2. حقوقي. أحتفظ بحقي في اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية بنفسي إذا كنت قادرًا على ذلك.

3. دائم. يمكن لوكيلتي استخدام هذا التوكيل لإدارة شؤني حتى لو مرضت أو أصبت ولم أستطع اتخاذ قرارات بشأن نفسي. فإن إعاقتي لن تؤثر على هذا التوكيل.

4. تاريخ بدأ السريان. يصبح هذا التوكيل ساري المفعول في يوم توقيعني عليه.

5. تاريخ انتهاء السريان. ستنتهي صلاحية هذا التوكيل إذا ألغيته أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكي في المنزل هو الوكيل الخاص بي، فسينتهي هذا التوكيل إذا تقدم أي منا بطلب للطلاق في المحكمة.

6. الإلغاء. ألغي بموجبه أي وثائق توكيل للرعاية الصحية قد وقعتني في الماضي. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بالإلغاء إلى وكيلتي.

7. الصلاحيات. للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحيات للقيام بأي شيء بنفس القدر من الكفاءة والفعالية التي يمكنني القيام بها بنفسني، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سلطة:

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

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.

Mental Health Treatment. 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.

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

Nomination of Guardian. I nominate my Agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.

✓ اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية والموافقة المطلقة على رعايتي الصحية

✓ رفض وسحب الموافقة على رعايتي الصحية

✓ توظيف وإعفاء مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي

✓ التقدم بطلب والموافقة على قبولي في منشأة طبية أو ترميزية أو سكنية أو أي منشأة أخرى مماثلة ليست منشأة علاج للصحة العقلية

✓ أن أكون ممثلي الشخصي لجميع الأغراض بموجب قانون قابلية نقل التأمين وصلاحيات المحاسبة لعام 1996 (HIPAA) وتعديلاته

✓ زيارتي في أي مستشفى أو منشأة طبية أخرى أقيم فيها أو أتلقى العلاج فيها

8. **الإعانات الحكومية.** يتمتع وكيلتي بالسلطة والصلاحيات الكاملتين لترتيب وإدارة جميع الاستحقاقات الحكومية نيابة عني، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، توقيع والموافقة على الطلبات والعقود واتفاقيات مراجعة الأهلية المستمرة وخطط الرعاية التي تقدم الاستحقاقات والخدمات النقدية والغذائية والطبية والإسكانية والرعاية طويلة الأمد.

9. **علاج الصحة العقلية.** وكيلتي غير مفوض بترتيب التزامي أو إيداعي في منشأة لعلاج الصحة العقلية. وكيلتي غير مفوض بالموافقة على العلاج بالصددمات الكهربائية أو جراحة المخ والأعصاب أو أي إجراءات أخرى نفسية أو صحية عقلية تقيد حرية الحركة الجسدية.

10. **المحاسبة.** يجب على وكيلتي الاحتفاظ بسجلات دقيقة لشؤوني المالية وإظهار هذه السجلات لي بناءً على طلبي.

11. **ترشيح الوصي.** أرشح وكيلتي كوصي لي للنظر فيه من قبل المحكمة إذا أصبحت إجراءات الوصاية ضرورية.

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.

الإفصاح عن المعلومات الخاضعة لقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي بإصدار جميع المعلومات التي يحكمها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) إلى وكيلتي.

12.

I am signing of my own free will for the purposes stated in this document.

Date →

My signature (in front of a notary or witnesses) →

التاريخ: _____

توقيعي (أمام كاتب عدل أو شهود) _____

التوثيق (Notarization)

State of Washington (ولاية واشنطن)

County of _____ (مقاطعة)

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

تم التوقيع أو التصديق أمامي في (التاريخ)

_____ by (name) / بواسطة (الاسم)

Signature of Notary (توقيع كاتب العدل)

Notary Public for the State of Washington.

كاتب العدل لولاية واشنطن.

My commission expires (ينتهي تفويضي في)

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 →

إفادة الشهود
(فقط إذا لم تجد كاتب عدل)

في (التاريخ) _____ ، قام
(الاسم) _____ بتوقيع
هذا التوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية بحضوري. وقد وافقت على أن أشهد
على توقيعهم بناءً على طلبهم.

■ وأنا لست مرتبطاً بهذا الشخص عن طريق الدم أو الزواج أو شراكة منزلية
مسجلة بالولاية.

■ ولا أقدم الرعاية لهذا الشخص في المنزل أو في مرفق رعاية طويلة الأمد.

الشاهد الأول

_____ التوقيع

_____ الاسم مطبوعاً

_____ العنوان

_____ الهاتف

الشاهد الثاني

_____ التوقيع

_____ الاسم مطبوعاً

_____ العنوان

_____ الهاتف

**Durable Power of Attorney
for Health Care
Attachment: Contact Info**

**توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية
المرفق: معلومات الاتصال**

My name

اسمي

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

My date of birth

تاريخ ميلادي

My phone number

رقم هاتفي

My email address

عنوان بريدي الإلكتروني

My mailing address

عنوان بريدي للمراسلة

My primary care medical provider

مقدم الرعاية الطبية الأولية

Power of attorney

توكيل رسمي

I have a **Durable Power of Attorney** that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

لدي توكيل رسمي دائم يسمح لشخص آخر ("وكيلي") باتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي إذا لم أكن قادرًا على ذلك.

My health care agent's name

اسم وكيل الرعاية الصحية

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

My agent's relationship to me
(Examples: friend, partner,
spouse, sister, etc.)

علاقة وكيلي بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ)

My agent's phone number

رقم هاتف وكيلي

My agent's email address

عنوان البريد الإلكتروني لوكيلي

**My alternate health care
agent's name**

اسم وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

First, middle, last

الأخير

الأوسط

الأول

My alternate agent's relationship
to me (Examples: friend, partner,
spouse, sister, etc.)

علاقة وكيلي البديل بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ)

My alternate agent's phone

هاتف وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

My alternate agent's email
address

عنوان البريد الإلكتروني لوكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي