의료 영구 위임장

저의 이름은 _____입니다.

생년월일은 _____입니다.

1. **대리인.** 본인은

   _____

   을(를) 본인의 의료를 관리할 수 있는 권한을 가진 대리인으로 선택합니다.

   ☐ **대체.** 위 대리인이 활동을 할 수 없거나 하기를 원치 않는 경우, 본인은 _____을(를) 본인의 의료를 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 의료를 관리할 수 있는 권한을 가진 대리인으로 선택합니다.

2. **권리.** 본인은 능력이 있는 한 본인의 의료 결정을 내릴 권리를 유지합니다.

Durable Power of Attorney for Health Care

My name is _____.

My birth date 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 health care.

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

WashingtonLawHelp.org
© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program

3. **영구.** 본인이 아프거나 상해를 당해 스스로 결정을 내릴 수 없는 상태가 되더라도 본인의 대리인은 본 위임장을 이용하여 본인의 사안을 관리할 수 있습니다. 본인의 장애는 본 위임장에 영향을 미치지 않습니다.

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.

4. **시작일.** 본 위임장은 본인이 서명한 날부터 효력을 갖습니다.

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

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.

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.

6. **철회.** 본인은 과거에 서명한 다른 모든 의료 관련 서류의 위임장을 철회합니다. 본인은 본인의 대리인에게 철회를 서면으로 통지하여 본 위임장을 언제든지 철회할 수 있음을 이해합니다.

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.

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.

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:

- ✓ 의료 결정을 내리고 본인의 의료에 대해 사전 동의 제공

Make health care decisions and give informed consent to my health care

- ✓ 본인의 의료에 대한 동의 거부 및 철회

Refuse and withdraw consent to my health care

- ✓ 의료 서비스 제공자 고용 및 해고

Employ and discharge my health care providers

- ✓ 정신 건강 치료 시설이 아닌 의료 시설, 간호 시설, 주거 시설 또는 기타 유사한 시설에 대한 입원 신청 및 동의

Apply for and consent to my admission to a medical, nursing, residential, or other similar facility that is **not** a mental health treatment facility

© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program

- ✓ 개정된 1996 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)에 따라 모든 목적에 대해 본인의 개인 대리인 역할 수행

Serve as my personal representative for all purposes under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, as amended

- ✓ 본인이 거주하거나 치료를 받고 있는 병원 또는 기타 의료 시설 방문

Visit me at any hospital or other medical facility where I reside or receive treatment

8. **정부 보조금**. 본인의 대리인은 본인을 대신하여 연방 및 주 현금, 식품, 의료, 주택 및 장기 요양 보조금과 서비스에 관한 신청서, 계약서, 지속 자격 검토 동의서 및 진료 계획의 서명 및 동의 등을 포함하여 모든 정부 보조금 업무를 처리하고 관리할 온전한 권한을 갖습니다.

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.

9. **정신 건강 치료**. 본인의 대리인은 본인의 정신 건강 치료 시설 입원 또는 배치를 처리할 권한이 없습니다. 본인의 대리인은 신체적 이동의 자유를 제한하는 전기 충격 요법, 정신 외과 또는 기타 정신과 또는 정신 건강 시술에 동의할 권한이 없습니다.

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.

10. **회계**. 본인의 대리인은 본인의 금전적 사안에 대해 정확한 기록을 작성하고 본인이 요청 시 그 기록을 본인에게 보여줘야 합니다.

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

11. **후견인 지명**. 본인은 후견인 제도 절차가 필요한 경우 본인의 대리인을 후견인으로 지정하여 법원의 검토를 받게 합니다.

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

12. **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.

© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program

본인은 본 문서에 명시된 목적을 위해 본인의 자유 의지에 따라 서명합니다.	I am signing of my own free will for the purposes stated in this document.
날짜: _____ ▶ _____ 서명 (공증인 또는 증인 입회하)	← Date ← My signature (in front of a notary or witnesses)

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)* _____

© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program

증인 진술
(공증인을 찾지 못한 경우 대체)

(날짜) _____, (성명) _____은(는) 본인 입회하에 본 영구 위임장에 서명했습니다. 본인은 요청에 따라 서명의 증인이 되는 데 동의했습니다.

- 본인은 해당 개인과 혈연, 결혼, 주 등록 동거 관계 상 관련이 없습니다.
- 본인은 해당 개인을 주택이나 장기 요양 시설에서 간호하지 않습니다.

증인 1

▶ _____
서명

_____
성명

주소 _____

_____

전화번호 _____

증인 2

▶ _____
서명

_____
성명

주소 _____

_____

전화번호 _____

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

© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program

의료 영구 위임장
부록: 연락처 정보

Durable Power of Attorney for Health Care
Attachment: Contact Info

나의 정보

My information

나의 이름 _____

My name

생년월일 _____

My date of birth

전화번호 _____

My phone number

이메일 주소 _____

My email address

우편 주소 _____

My mailing address

주치의 _____

My primary care medical provider

위임장

Power of attorney

본인은 본인이 불가능한 경우 다른 사람("대리인")이 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있도록 하는 영구 위임장을 가지고 있습니다.

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

의료 대리인

My health care agent

대리인 성명_____

Agent's name

대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등)

_____

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

대리인 전화번호 _____

My agent's phone number

대리인 이메일 주소 _____

My agent's email address

대체 의료 대리인(해당하는 경우)

My alternate health care agent (if any)

대체 대리인 성명_____

Alternate's name

대체 대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) _____

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

대체 대리인 전화번호_____

Alternate's phone number

대체 대리인 이메일 주소_____

Alternate's agent's email

WashingtonLawHelp.org
© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program

2번째 대체 의료 대리인(해당하는 경우)	**My 2nd alternate health care agent (if any)**
2번째 대체 대리인 성명 _____	2nd alternate's name
2번째 대체 대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) _____	2nd alternate's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
2번째 대체 대리인 전화번호_____	2nd alternate's phone number
2번째 대체 대리인 이메일 주소_____	2nd alternate's agent's email

© Northwest Justice Project & Seattle University School of Law Clinical Program