

## Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания

Мое имя: \_\_\_\_\_.

Дата моего рождения: \_\_\_\_\_.

### 1. Представитель. Я выбираю (*имя*):

\_\_\_\_\_ своим Представителем с полным правом управлять моим медицинским обслуживанием.

- Альтернативный представитель.** Если вышеуказанный представитель не может или не хочет действовать от моего имени, я выбираю (*имя*):

\_\_\_\_\_ в качестве моего представителя с полным правом распоряжаться моим медицинским обслуживанием.

- Второй альтернативный представитель.** Если вышеобозначенные представитель и альтернативный представитель не смогут или не пожелают действовать от моего имени, я выбираю (*имя*):

\_\_\_\_\_ своим Представителем с полным правом управлять моим медицинским обслуживанием.

### 2. Мои права. Я сохраняю за собой право принимать за себя решения в отношении моего медицинского обслуживания так долго, как я в состоянии их принимать.

## 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 health care.

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

- 3. Долгосрочное действие.** Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения в отношении моего медицинского обслуживания, 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 с момента подписания.
- 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 на решение медицинских 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 принимать решения, относящиеся к моему медицинскому обслуживанию, давать информированное согласие на медицинское обслуживание в качестве моего представителя;
  - ✓ право отказывать в предоставлении такого согласия и отзываться согласие;
  - ✓ право нанимать и увольнять персонал, предоставляющий мне медицинское обслуживание;

**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:

- ✓ 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

- ✓ право подавать запросы о моем поступлении и согласие на мое поступление в учреждение, предоставляющее медицинский уход, проживание, либо в другое подобное учреждение, **не** являющееся психиатрическим учреждением;
- ✓ право выполнять функции моего личного представителя во всех целях, предусмотренных законом «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г.;
- ✓ право посещать меня в любой больнице и ином медицинском учреждении, в котором я проживаю или прохожу лечение.

**8. Государственные льготы.** Моему Представителю предоставляются все полномочия и права организовывать от моего имени получение мною государственных льгот и управлять ими, включая, в том числе, право подписывать и согласовывать заявления, контракты и соглашения на пересмотр права на денежное пособие, продуктовые купоны и медицинское страхование, жилищное обеспечение и долгосрочный уход из федеральных фондов и фондов штата.

**9. Психиатрическое лечение.** Мой Представитель **не** уполномочен организовывать мое поступление в психиатрическое учреждение или мое размещение в таком учреждении. Мой Представитель **не** уполномочен давать согласие на лечение электрошоком, психирургию или другие психиатрические процедуры, ограничивающие свободу моего физического перемещения.

**10. Финансовый учет.** Мой Представитель обязан вести точные учетные записи, относящиеся к состоянию моих финансовых средств, и предоставлять мне эти записи по требованию.

**11. Назначение опекуна.** На случай, если перед судом возникнет необходимость назначения опекуна, я выдвигаю на эту роль кандидатуру моего Представителя.

- ✓ 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.

**12. 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.

Подписано мной по собственной воле для целей, указанных в настоящем документе.

Дата: \_\_\_\_\_

▶ \_\_\_\_\_

Подписано мною (в присутствии нотариуса или свидетеля)

**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.

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)

**Notarization (preferred) / Нотариальное заверение (желательно)**

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*)

**Заявление свидетелей  
(только если у вас нет возможности заверить  
доверенность нотариально)**

В (дата) \_\_\_\_\_ (имя доверителя)

\_\_\_\_\_ подписал эту доверенность в моем присутствии. Я согласился засвидетельствовать подписание доверенности по просьбе директора.

- Я не прихожусь доверителю родственником, супругом или сожителем.
- Я не предоставляю доверителю уход на дому или в учреждении долговременного ухода.

**Свидетель 1**

▶ Подпись \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Свидетель 2**

▶ Подпись \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**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

**Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания**  
**Приложение: Контактная информация**

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

**Сведения обо мне**

**My information**

Мое имя \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_  
мой поставщик первичной медицинской помощи \_\_\_\_\_

My name \_\_\_\_\_  
My date of birth \_\_\_\_\_  
My phone number \_\_\_\_\_  
My email address \_\_\_\_\_  
My mailing address \_\_\_\_\_  
My primary care medical provider \_\_\_\_\_

**Доверенность**

**Power of attorney**

Я выдал **Долгосрочную доверенность**, которая позволяет другому лицу (моему «Представителю») принимать за меня медицинские решения, если я сам на это не способен.

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

**Мой Представитель**

**My health care agent**

Имя Представителя \_\_\_\_\_  
Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.) \_\_\_\_\_  
телефон Представителя \_\_\_\_\_  
email Представителя \_\_\_\_\_

Agent's name \_\_\_\_\_  
Agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.) \_\_\_\_\_  
Agent's phone number \_\_\_\_\_  
Agent's email address \_\_\_\_\_

**Мой альтернативный представитель (при наличии)**

**My alternate health care agent (if any)**

Имя альтернативного Представителя \_\_\_\_\_  
Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.) \_\_\_\_\_  
телефон альтернативного Представителя \_\_\_\_\_  
email альтернативного Представителя \_\_\_\_\_

Alternate agent's name \_\_\_\_\_  
Alternate agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.) \_\_\_\_\_  
Alternate agent's phone number \_\_\_\_\_  
Alternate agent's email address \_\_\_\_\_

**Второй альтернативный представитель (при наличии)**

**My 2nd alternate health care agent (if any)**

Имя второго альтернативного представителя \_\_\_\_\_  
Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг(а), сестра и т.д.) \_\_\_\_\_  
телефон второго альтернативного представителя \_\_\_\_\_  
Email второго альтернативного представителя \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> alternate's name \_\_\_\_\_  
2<sup>nd</sup> alternate's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.) \_\_\_\_\_  
2<sup>nd</sup> alternate's phone number \_\_\_\_\_  
2<sup>nd</sup> alternate's email address \_\_\_\_\_