

Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Lâu Dài

Tên tôi là _____.

Ngày sinh _____.

1. Người đại diện. Tôi chọn (tên):

_____ làm Người đại diện có toàn quyền quản lý việc chăm sóc sức khỏe 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 việc chăm sóc sức khỏe 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 chăm sóc sức khỏe của tôi.

2. Các Quyền Của Tôi. Tôi giữ quyền ra các quyết định chăm sóc sức khỏe 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 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 kể từ ngày tôi ký.

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.

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.

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.

6. Thu Hồi. Tôi thu hồi bất kỳ giấy ủy quyền nào khác đối với các tài liệu chăm sóc sức khỏe 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:

- ✓ Đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe và chấp thuận có hiểu biết đối với việc chăm sóc sức khỏe của tôi
- ✓ Từ chối và rút lại chấp thuận chăm sóc sức khỏe của tôi
- ✓ Sử dụng và sa thải các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của tôi
- ✓ Nộp đơn xin và đồng ý cho tôi vào một cơ sở y tế, điều dưỡng, nội trú hoặc cơ sở tương đồng khác **không phải** là cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần
- ✓ Là đại diện cá nhân của tôi đối với tất cả các mục đích theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải Trình và Cung cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) năm 1996, đã sửa đổi
- ✓ Đến thăm tôi tại bất kỳ bệnh viện hoặc cơ sở y tế nào khác nơi tôi cư trú hoặc điều trị

8. Các phúc lợi của Chính phủ. Người Đại diện của tôi sẽ có mọi quyền hạn và thẩm quyền để thay mặt tôi sắp xếp và quản lý tất cả các phúc lợi của chính phủ, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc ký và chấp thuận các đơn đăng ký, hợp đồng, thỏa thuận tái xét tính hội đủ điều kiện liên tục và các kế hoạch chăm sóc đối với các phúc lợi và dịch vụ của liên bang và tiểu bang về trợ cấp tiền mặt, thực phẩm, y tế, nhà ở và chăm sóc lâu dài.

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

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.

9. **Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần.** Người Đại diện của tôi **không** được phép thu xếp giao phó hoặc đưa tôi vào một cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần. Người Đại diện của tôi **không** được phép chấp thuận liệu pháp sốc điện, phẫu thuật tâm thần hoặc các thủ thuật tâm thần hoặc sức khỏe tâm thần khác nhằm hạn chế quyền tự do di chuyển thể chất.

10. **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.

11. **Chỉ Định Người Giám hộ.** Tôi chỉ định Người Đại diện của tôi làm người giám hộ để tòa án xem xét nếu cần các thủ tục làm giám hộ.

12. **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.

Tôi tự nguyện ký vào đây cho các mục đích được nêu trong văn bản này.

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.

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.

Ngày: _____

► _____

Chữ ký của tôi (trước mặt công chứng viên hoặc chứng)

Date

My signature (in front of a notary or witnesses)

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)

Tuyên bố của Nhân chứng

(chỉ áp dụng nếu quý vị không tìm được dịch vụ công chứng)

Vào (ngày) _____, (tên) _____ đã ký vào Giấy Ủy Quyền Lâu Dài trước sự chứng kiến của tôi. Tôi đồng ý làm chứng chữ ký theo yêu cầu của họ.

- Tôi không có quan hệ họ hàng với người này về mặt huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ đối tác chung sống đã đăng ký tại tiểu bang.
- Tôi không chăm sóc cho người này tại nhà hoặc cơ sở chăm sóc lâu dài.

Nhân Chứng 1

► _____
Chữ Ký

Tên Viết Hoa

Địa Chỉ _____

Điện Thoại _____

Nhân Chứng 2

► _____
Chữ Ký

Tên Viết Hoa

Địa Chỉ _____

Điện Thoại _____

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

Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Lâu Dài
Đính kèm: Thông tin Liên Lạc

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

Thông tin của tôi

Họ tên của tôi _____

Ngày sinh của tôi _____

Số điện thoại của tôi _____

Địa chỉ email của tôi _____

Địa chỉ gửi thư của tôi _____

Nhà cung cấp dịch vụ y tế chính của tôi _____

My information

My name

My date of birth

My phone number

My email address

My mailing address

My primary care medical provider

Giấy ủy quyền

Tôi có **Giấy Ủy Quyền Dài Hạn** cho phép người khác (“đại diện”) của tôi đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể.

Power of attorney

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

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Họ tên Người đại diện _____

Mối quan hệ của đại diện của tôi với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) _____

Số điện thoại của người đại diện của tôi _____

Địa chỉ email của đại diện của tôi _____

My health care agent

Agent’s name

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

My agent’s phone number

My agent’s email address

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi (nếu có)

Họ tên của Người đại diện thay thế _____

Mối quan hệ của đại diện thay thế của tôi với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) _____

My alternate health care agent (if any)

Alternate agent’s name

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

Số điện thoại của người đại diện thay thế của tôi _____

My alternate agent's phone number

Địa chỉ email của đại diện thay thế của tôi _____

My alternate agent's email address

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ 2 của tôi (nếu có)

My 2nd alternate health care agent (if any)

Họ tên của Người thay thế thứ 2 _____

2nd alternate's name

Mối quan hệ của Người thay thế thứ 2 với tôi (bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) _____

2nd alternate's relationship to me
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Số điện thoại của người thay thế thứ 2 _____

2nd alternate's phone number

Địa chỉ email của người thay thế thứ 2 _____

2nd alternate's email address