

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ហិរញ្ញវត្ថុ

ខ្ញុំឈ្មោះ: _____។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំគឺ _____។

1. ភ្នាក់ងារ។ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ):

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជំនួស។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិនសុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ):

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជំនួសទី ២។ ប្រសិនបើទាំងភ្នាក់ងារ និងអ្នកចា់ជំនួសដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិនសុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ):

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

2. សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំរក្សាសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើខ្ញុំមានសមត្ថភាព។

3. អចិន្ត្រៃយ៍។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំអាចប្រើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះដើម្បីគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ ទោះបី ជាខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬរងរបួស ហើយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង ដោយ។ ពិការភាពរបស់ខ្ញុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះទេ។

4. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម។ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះមានប្រសិទ្ធភាព៖ (សូមជ្រើសរើស)

- ☐ ភ្លាម

- ☐ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតដែលសរសេរថាខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេ។

5. កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់។ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹងអស់សុពលភាពប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតវា ឬនៅពេលខ្ញុំស្លាប់។ ប្រសិនបើសហព័ទ្ធ ឬអ្នកជីវិតរបស់ខ្ញុំជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹងអស់សុពលភាពប្រសិនបើយើងទាំងពីរនាក់ប្តឹងលែងលះគ្នានៅក្នុងតុលាការ។

Durable Power of Attorney for Finances

My name is _____.

My birth date 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.

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. ការដកហូត។

ខ្ញុំដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិណាមួយសម្រាប់ឯកសារហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា នាពេលកន្លងមក។
ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនៅពេលណាក៏បានដោយផ្តល់ការជូនដំណឹងដាច់ខាតដល់អ្នកអភិបាលការដកហូតសិទ្ធិដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

7. សិទ្ធិអំណាច។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានអំណាច

និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការធ្វើអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងឱ្យបានពេញលេញ និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពតាមដែលខ្ញុំអាចធ្វើបានដោយខ្លួនឯង រួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះសិទ្ធិអំណាចដើម្បី៖

- ✓ ដាក់ប្រាក់ទៅ និងទូទាត់ពិភពនីណាមួយកាងនាមឱ្យខ្ញុំនៅក្នុងស្ថាប័ន ហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ
- ✓ បើក និងយករបស់ចេញពីទូរស័ព្ទសុវត្ថិភាពណាមួយកាងនាមឱ្យខ្ញុំ
- ✓ លក់ ដោះដូរ ឬផ្ទេរកម្មសិទ្ធិទៅភាគហ៊ុន សញ្ញាបណ្ណ ឬមូលបត្រផ្សេងទៀត
- ✓ លក់ បញ្ជូន ឬដាក់បន្តកល្បិចអចលនទ្រព្យ ឬចលនទ្រព្យណាមួយ
- ✓ ដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់រដ្ឋាភិបាល រួមទាំងគម្រោង Medicaid ផងដែរ

8. សិទ្ធិអំណាចពិសេស។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិអំណាចដូចខាងក្រោមផងដែរ

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | ផ្តល់អំណោយជាប្រាក់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសិទ្ធិរស់រានមានជីវិតរបស់ខ្ញុំ |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលការតែងតាំងអ្នកទទួលផល |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | បោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការក្លាយជាអ្នកទទួលផលនៃផែនការធនលាភ ឬផែនការចូលនិវត្តន៍ |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលបរិយាកាសបរិយាគ |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | ប្រាប់បរិយាកាសឱ្យធ្វើការបែងចែកពីបរិយាកាសបរិយាគតាមដែលខ្ញុំអាចធ្វើបាន |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | បង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលកិច្ចព្រមព្រៀងទ្រព្យសម្បត្តិរួម |

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 |
| 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 |

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដែលបានផ្តល់នៅក្នុងឯកសារនេះទៅអ្នកផ្សេងទៀត

Yes / No Give authority granted in this document to someone else

9. គណនេយ្យ។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាគ្រឹះមូលដ្ឋានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ ហើយបង្ហាញកំណត់ត្រាទាំងនេះដល់ខ្ញុំតាមសំណើរបស់ខ្ញុំ។

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

10. ការតែងតាំងអាណាព្យាបាល ឬអ្នកអភិរក្ស។ ខ្ញុំតែងតាំងភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំជាអ្នកអភិរក្សសម្រាប់ការពិចារណាដោយតុលាការ ប្រសិនបើដំណើរការអភិរក្សក្លាយជាការចាំបាច់។

Nomination of Guardian or Conservator. I nominate my Agent as the conservator for consideration by the court if conservatorship proceedings become necessary.

11. ការចេញផ្សាយ HIPAA។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់ស្តីពីចល័តភាព និងគណនេយ្យគ្រាតនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃឆ្នាំ 1996 (HIPAA) ដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

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.

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

← Date

▶
ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (នៅមុខសាក្សី)

← My signature (in front of a notary)

Notarization (ការបញ្ជាក់ដោយសាក្សី)

State of Washington (រដ្ឋ Washington)

County of (ខោនធីនៃ) _____

This document was acknowledged before me on (date) _____

(ឯកសារនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់នៅចំពោះមុខខ្ញុំនៅ (កាលបរិច្ឆេទ))

by (name) / (ដោយ (ឈ្មោះ)) _____ ។

▶
Signature of Notary (ហត្ថលេខានៃសាក្សី)
Notary Public for the State of Washington.
(សាក្សីសម្រាប់រដ្ឋ Washington ។)

My commission expires (ការផ្ទេរសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំផុតកំណត់) _____