

Ủy Quyền Lâu Dài

Author

Northwest Justice Project

Last Review Date

October 17, 2024

Giấy ủy quyền là biểu mẫu cho phép quý vị chọn một người bạn hoặc người thân thích tin tưởng để giúp quý vị trong các quyết định về các vấn đề tài chính và/hoặc chăm sóc sức khỏe. (Biểu mẫu và hướng dẫn)

Form attached:

Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Lâu Dài (NJP Planning 501 VI)

Form attached:

Ủy Quyền Tài Chính Lâu Dài (NJP Planning 500 VI)

Giấy ủy quyền là gì?

Giấy ủy quyền là biểu mẫu cho phép quý vị chọn một người bạn hoặc người thân thích tin tưởng để giúp quý vị trong các quyết định về các vấn đề tài chính và/hoặc chăm sóc sức khỏe. Sau khi quý vị ký, người mà quý vị chọn sẽ trình giấy ủy quyền này cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế, ngân hàng, trường học và những nơi khác của quý vị để thay mặt quý vị đưa ra các quyết định và ký hợp đồng.

Bạn bè hoặc người thân đáng tin cậy mà quý vị chọn để giúp quý vị ra quyết định về các vấn đề tài chính và/hoặc chăm sóc sức khỏe được gọi là “người đại diện.”

Ủy quyền này là “lâu dài” nếu trong đó có nói người đại diện của quý vị có thể sử dụng ngay cả khi quý vị bị ốm hoặc chấn thương và không thể tự đưa ra quyết định.

Tôi có cần phải ký giấy ủy quyền trước mặt công chứng viên không?

Quý vị nên ký mẫu giấy Ủy Quyền Lâu Dài trước mặt một công chứng viên. Nếu không tìm được công chứng viên, thì quý vị có thể ký tên trước mặt hai nhân chứng “trung lập”. Tuy nhiên, công chứng được ưu tiên hơn, đặc biệt đối với Giấy Ủy Quyền Tài Chính Lâu Dài.

Tôi cần làm gì sau khi ký biểu mẫu này?

Sau khi quý vị ký các biểu mẫu, hãy lập thành 2 bản. Hãy đưa bản mẫu gốc cho người đại diện của quý vị, đưa một bản sao cho người đại diện thay thế của quý vị, và tự mình giữ một bản sao.

Tôi có thể thay đổi giấy ủy quyền và chọn một người đại diện mới không?

Có. Quý vị có thể huỷ bỏ (thu hồi) giấy ủy quyền bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo cho người đại diện của quý vị.

Sau khi thu hồi giấy ủy quyền cũ, quý vị có thể ký vào mẫu đơn ủy quyền mới để lựa chọn một người đại diện khác. Hãy đảm bảo trong mẫu đơn ủy quyền mới của mình, quý vị có ghi rõ tất cả các mẫu đơn ủy quyền trước đó đều được thu hồi.

Nếu ngân hàng không chấp nhận mẫu giấy ủy quyền của tôi thì sao?

Đôi khi một ngân hàng hoặc doanh nghiệp khác sẽ thông báo với người đại diện của quý vị rằng họ sẽ không chấp nhận mẫu giấy ủy quyền của quý vị. Có 2 lý do phổ biến cho trường hợp này:

1. **Biểu mẫu không được công chứng.** Pháp luật Washington quy định mẫu giấy ủy quyền của quý vị sẽ có hiệu lực khi quý vị ký trước mặt công chứng viên **hoặc** trước mặt hai nhân chứng công tâm. Nhưng một số ngân hàng hoặc doanh nghiệp khác yêu cầu **phải** có công chứng. Quý vị có thể ký mẫu giấy ủy quyền mới trước mặt công chứng viên. Nhưng người đại diện của quý vị cũng có thể yêu cầu trao đổi với bộ phận pháp lý của họ và nêu rõ Bộ Luật Washington Sửa Đổi (RCW) 11.125.050 (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>). Nếu mẫu giấy ủy quyền của quý vị được hai nhân chứng công tâm chứng kiến thay vì được công chứng thì giấy ủy quyền đó vẫn có hiệu lực theo luật của Washington. Ngân hàng **nên** chấp thuận.
2. **Không “đúng” mẫu.** Các mẫu giấy ủy quyền trên trang này có hiệu lực theo pháp luật Washington, nhưng một số ngân hàng và doanh nghiệp khác muốn bạn sử dụng mẫu *của họ*. Nếu một ngân hàng hoặc doanh nghiệp khác không chấp nhận mẫu giấy ủy quyền của quý vị, người đại diện của quý vị có thể yêu cầu liên hệ với bộ phận pháp chế của họ và nêu rõ RCW 11.125.050 (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>) và RCW 11.125.200(3)(a) (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200>).

Người đại diện có thể nhận được yêu cầu chứng nhận. Ngân hàng có thể nói rằng họ sẽ chỉ chấp nhận giấy ủy quyền khi người đại diện ký vào một “tờ khai chứng nhận” xác nhận rằng mẫu giấy ủy quyền là hợp lệ. Đây là yêu cầu

hợp pháp. Tuy nhiên, nếu ngân hàng muốn có tờ khai chứng nhận, họ phải yêu cầu trong vòng 7 ngày kể từ ngày quý vị gửi giấy ủy quyền. Chỉ có người đại diện phải ký vào tờ khai chứng nhận.

Hãy cố gắng tìm kiếm trợ giúp pháp lý nếu ngân hàng hoặc tổ chức từ chối mẫu giấy ủy quyền của quý vị hoặc yêu cầu quý vị sử dụng biểu mẫu của họ.

WashingtonLawHelp.org gives general information. It is not legal advice. Find organizations that provide free legal help on our [Get legal help](#) page.

Durable Power of Attorney for Health Care

My name is _____. My date of birth is _____.

1. **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.
2. **My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself if I am capable.
3. **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. **Start Date.** This power of attorney is effective on the day I sign it.
5. **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. **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. **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

8. **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. **Mental Health Treatment.** Unless I give my Agent power of attorney for mental health care **and** I have a Mental Health Advance Directive that specifically consents to these things:
- ✓ 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. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these records to me at my request.
11. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.
12. **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.

► _____
My signature (*in front of a notary or witnesses*) Date

Notarization (preferred)

State of Washington

County of _____

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

► _____
Signature of Notary
Notary Public for the State of Washington.
My commission expires _____.

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: _____

Durable Power of Attorney for Health Care
Attachment: Contact Info

My information

My name _____

My date of birth _____

My phone number _____

My email address _____

My mailing address _____

My primary care medical provider _____

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.

My health care agent

Agent’s name _____

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

Agent’s phone number _____

Agent’s email address _____

My alternate health care agent (if any)

Alternate’s agent’s name _____

Alternate agent’s relationship to me (friend, partner, spouse, sister, etc.) _____

Alternate agent’s phone number _____

Alternate agent’s email address _____

My 2nd alternate health care agent (if any)

2nd alternate’s name _____

2nd alternate’s relationship to me (friend, partner, spouse, sister, etc.) _____

2nd alternate’s phone number _____

2nd alternate’s email address _____

Durable Power of Attorney for Finances

My name is _____. My date of birth is _____.

1. **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.
2. **My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself if I am capable.
3. **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.
4. **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.
5. **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. **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.
7. **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
8. **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
- ☐ Yes ☐ No – Give authority granted in this document to someone else

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

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

11. 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.



My signature (*in front of a notary*) _____

_____ Date

Notarization (preferred)

State of Washington

County of _____

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

by (*name*) _____.



Signature of Notary

Notary Public for the State of Washington.

My commission expires _____.