



Долгосрочные доверенности

Что такое доверенность?

Доверенность позволяет вам назначить друга или родственника, которому вы доверяете, помочь вам в отношении решений о ваших финансах и (или) о вашем медицинском обслуживании. После того, как вы подпишете доверенность, выбранное вами лицо предъявит доверенность персоналу обслуживающих вас медицинских учреждений, банка, школы и других мест для того, чтобы принимать решения и подписывать договоры так, как если бы это делали вы сами.

Друг или родственник, которому вы доверяете помочь вам в отношении решений о ваших финансах и (или) о вашем медицинском обслуживании, называется вашим «представителем».

Должна ли я подписать свою доверенность в присутствии нотариуса?

Вам следует подписать вашу Долгосрочную доверенность в присутствии нотариуса. Если вы не можете найти нотариуса, вы можете вместо этого подписать документ в присутствии двух «незаинтересованных» свидетелей. Однако нотариальное заверение предпочтительнее, особенно если вы подписываете Долгосрочную доверенность в отношении финансов.

Что следует сделать после того, как я подписала доверенность?

После того как вы подпишете документ, сделайте две его копии. Отдайте оригинал своему представителю, одну копию альтернативному представителю, а вторую копию оставьте себе.

Могу ли я изменить Доверенность и выбрать нового представителя?

Вы можете отозвать доверенность в любой момент, направив письменное уведомление своему представителю. Образец уведомления об отзыве доверенности приводится в этом пакете документов. Вы можете также дать копию такого

письменного уведомления персоналу обслуживающих вас медицинских учреждений, банка, школы и других организаций, в которых возможно есть устаревшую доверенность.

Получите юридическую помощь

- **Обратитесь онлайн** - nwjustice.org/apply-online
- **Вам грозит выселение?** Позвоните по тел. 1-855-657-8387.
- **Вам грозит переход заложенной недвижимости в собственность залогодержателя (Foreclosure)?** Позвоните по тел. 1-800-606-4819.
- **У вас юридическая проблема в округе Кинг** (но не выселение и не Foreclosure)? Позвоните по тел. 211 (или по телефону бесплатного соединения 1.877.211.9274) в будние дни с 8:00 до 18:00. Здесь вас направят в агентство юридической помощи.
- **У вас юридическая проблема за пределами округа Кинг** (но не выселение и не Foreclosure)? Позвоните по горячей линии CLEAR Hotline по тел. 1-888-201-1014 в будние дни с 9.15 до 12:15 или подайте заявление онлайн на сайте nwjustice.org/apply-online.
- **Лица старше 60 лет**, у которых возник юридический вопрос и которые проживают за пределами округа Кинг, могут звонить в службу CLEAR*Sr. по тел. 1-888-387-7111.

Глухонемые лица, а также лица с нарушениями слуха или речи могут позвонить по любому из этих номеров с помощью оператора релейной связи по своему выбору.

Предоставляются услуги переводчиков.

Эта публикация предлагает общую информацию о ваших правах и обязанностях. Не предполагается, что эта публикация может заменить конкретную юридическую консультацию.

© 2023 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014

(Разрешение копировать и распространять предоставлено организации Alliance voir Equal Justice и частным лицам исключительно в некоммерческих целях.).

Durable Power of Attorney for Finances
for
Долгосрочная доверенность в отношении финансовых вопросов
для:

[My Name/ (Мои имя и фамилия)]

1. **Agent.** I choose _____ as my Agent with full authority to manage my finances.

Представитель. Я выбираю ___ моим Представителем с полным правом управлять моими финансовыми средствами.

2. **Alternate.** If _____ is unable or unwilling to act, I choose _____ as my Agent with full authority to manage my finances.

Альтернативный представитель. Если ___ не сможет или не пожелает действовать, я выбираю ___ моим Представителем, с полным правом управлять моими финансовыми средствами.

3. **My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself as long as I am capable.

Мои права. Я сохраняю за собой право принимать за себя решения в отношении финансовых средств так долго, как я в состоянии их принимать

4. **Durable.** My Agent can use this power of attorney document to manage my finances even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. This power of attorney document shall not be affected by my disability.

Долгосрочное действие. Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения в отношении финансовых вопросов, даже если я заболею или буду травмирована и не смогу принимать такие решения самостоятельно. Ограничение моих возможностей не повлияет на действие настоящей доверенности.

5. **Start Date.** This power of attorney document is effective: (check one)

Дата начала действия. Настоящая доверенность вступает в силу: (отметить одно)

Immediately. / Немедленно.

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.
Только в том случае, если медицинский работник подпишет письмо, уведомляющее о том, что я не могу принимать решения самостоятельно.

6. **End Date.** This power of attorney document will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney document will end if either of us files for divorce in court.

***Дата окончания действия.** Настоящая доверенность закончит действовать, если я отзову ее или умру. В том случае, если моим Представителем является супруг (супруга) или сожитель (сожительница), действие настоящей доверенности закончится, если один из нас подаст в суд заявление на развод.*

7. **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 document at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

***Отзыв доверенности.** Я отзываю любую подписанную мною в прошлом доверенность в отношении финансовых вопросов. Я понимаю, что могу отозвать настоящую доверенность в любое время, направив моему Представителю письменное извещение об отзыве.*

8. **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, to open and remove items from any safe deposit box in my name, to sell, exchange or transfer title to stocks, bonds or other securities, to sell, convey or encumber any real or personal property and to apply for and manage governmental benefits, including Medicaid.

***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, в частности, право депонировать финансовые средства на любые счета, зарегистрированные под моим именем в любом финансовом учреждении, изымать финансовые средства с таких счетов, открывать любой зарегистрированный под моим именем сейф и удалять из такого сейфа любые содержащиеся в нем предметы; продавать и обменивать акции, облигации и другие ценные бумаги и передавать право собственности на такие акции, облигации и другие ценные бумаги; продавать, передавать или обременять задолженностями любое недвижимое или личное имущество, а также подавать заявления на государственные льготы, включая Медикейд и управлять ими.*

9. Special Powers. My agent shall also have the following powers:

Особые полномочия. Моему представителю предоставляются следующие особые полномочия:

Create, change, or cancel a trust. <i>Создавать доверительную собственность, изменять ее, отзывать ее или прекращать ее действие.</i>	___ yes / да ___ no / нет
Create, change or cancel a community property agreement. <i>Создавать мое соглашение, относящееся к общему имуществу супругов или сожителей, изменять такое соглашение или прекращать его действие.</i>	___ yes / да ___ no / нет
Create, change or cancel my rights of survivorship. <i>Создавать, изменять или отменять права наследования, возникающие в результате моей смерти.</i>	___ yes / да ___ no / нет
Create, change or cancel beneficiary designations. <i>Создавать, изменять или отменять лист моих бенефициаров</i>	___ yes / да ___ no / нет
Give gifts of my money or property. <i>Предоставлять дары в виде моих денежных средств или моего имущества.</i>	___ yes / да ___ no / нет
Give authority granted in this document to someone else. <i>Передавать другой стороне полномочия, предусмотренные настоящим документом.</i>	___ yes / да ___ no / нет
Give up my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan. <i>Приостанавливать действие моего права быть бенефициаром аннуитета или пенсионного плана.</i>	___ yes / да ___ no / нет
Tell a trustee to make distributions from a trust just as I could. <i>Давать указания фидуциару о распределении средств доверительного фонда таким же образом, каким бы это сделал я сам.</i>	___ yes / да ___ no / нет

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

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

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

Назначение опекуна или доверительного управляющего Я назначаю моего Представителя доверительным управляющим моего имущества на тот случай, если потребуется судебное разбирательство по вопросу об опекунстве и (или) о доверительном управляющем.

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.

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.

My Signature / Моя подпись

Date / Дата

Notarization / Нотариальное заверение

State of Washington / *Штат Вашингтон*

County of / *Округ* _____

Signed or attested before me on (*date*) _____

Подписано и засвидетельствовано в моем присутствии (*дата*)

by (*name*) _____.

вышеподписавшимся лицом (*имя и фамилия*)



Signature of Notary / *Подпись нотариуса*

Notary Public for the State of Washington.

НОТАРИУС штата Вашингтон

My commission expires _____.

Срок моих полномочий истекает.

Durable Power of Attorney for Health Care
For
Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания
для:

[My Name/ (Мои имя и фамилия)]

1. **Agent.** I choose _____ as my Agent with full authority to manage my health care.
Представитель. Я выбираю ___ моим Представителем с полным правом управлять моим медицинским обслуживанием.

2. **Alternate.** If _____ is unable or unwilling to act, I choose _____ as my Agent with full authority to manage my health care.
Альтернативный представитель. Если ___ не сможет или не пожелает действовать, я выбираю ___ моим Представителем, с полным правом управлять моим медицинским обслуживанием.

3. **My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself as long as I am capable.
Мои права. Я сохраняю за собой право принимать решения о своем медицинском обслуживании так долго, как я в состоянии их принимать.

4. **Durable.** My Agent can still use this power of attorney document to manage my affairs even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. This power of attorney shall not be affected by my disability.
Долгосрочное действие. Мой Представитель может все еще пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы управлять моими делами, даже если я заболею или буду травмирован и не смогу принимать такие решения самостоятельно. Ограничение моих возможностей не повлияет на действие настоящей доверенности.

5. **Start Date.** This power of attorney document is effective on the day I sign it.
Дата начала действия. Настоящая доверенность вступает в силу в тот день, когда я ее подписал.

6. **End Date.** This power of attorney document will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney document will end if either of us files for divorce in court.
Дата окончания действия. Настоящая доверенность закончит действовать, если я отзову ее или умру. В том случае, если моим Представителем является супруг (супруга) или сожитель (сожительница), действие настоящей доверенности закончится, если один из нас подаст в суд заявление на развод.

7. **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 document at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

Отзыв доверенности. Я отзываю любую доверенность на медицинское обслуживание, подписанную мною в прошлом. Я понимаю, что могу отозвать настоящую доверенность в любое время, направив моему Представителю письменное извещение об отзыве.

8. **Powers.** My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including 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, and to visit me at any hospital or other medical facility where I reside or receive treatment.

Полномочия. Моему Представителю предоставляются все полномочия и права на осуществление любых действий в той же мере и столь же эффективно, как если бы эти действия осуществлялись мной самостоятельно, в том числе право принимать решения, относящиеся к моему медицинскому обслуживанию, предоставлять разрешение на мое медицинское обслуживание в качестве информированного представителя пациента, отказывать в предоставлении такого разрешения и отзываться такое разрешение, нанимать и увольнять персонал, предоставляющий мне медицинское обслуживание, подавать запросы о моем поступлении и разрешать мое поступление в учреждение, предоставляющее медицинский уход или жилье либо в другое подобное учреждение, не являющееся психиатрическим учреждением, выполнять функции моего личного представителя во всех целях, предусмотренных законом «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г., а также посещать меня в любой больнице и в любом медицинском учреждении, в котором я проживаю или прохожу лечение.

9. **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.

Государственные льготы. Моему Представителю предоставляются все полномочия и права организовывать от моего имени получение мною государственных льгот и управлять ими, включая, в частности, право подписывать, предоставляя согласие, заявления, контракты, соглашения на пересмотр права на денежное пособие, продуктовые купоны и медицинское страхование, жилищное обеспечение и долгосрочное обслуживание из федеральных фондов и фондов штата.

10. **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.

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

11. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these records to me at my request.
Финансовый учет. Мой Представитель обязан вести точные учетные записи, относящиеся к состоянию моих финансовых средств, и предоставлять мне эти записи по требованию.
12. **Nomination of Guardian or Conservator.** I nominate my Agent as the guardian of my person for consideration by the court if guardianship and/or conservatorship proceedings become necessary.
Назначение Опекуна или Доверительного управляющего. Я назначаю моего Представителя моим личным опекуном на тот случай, если потребуется судебное разбирательство по вопросу об опекунстве и (или) о доверительном управляющем.
13. **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.
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.

 My Signature / Моя подпись

 Date / Дата

Notarization / Нотариальное заверение

State of Washington / Штат Вашингтон

County of / Округ _____

Signed or attested before me on (date) _____

Подписано и засвидетельствовано в моем присутствии (дата)

by (name) _____.

вышеподписавшимся лицом (имя и фамилия)

► _____
 Signature of Notary / Подпись нотариуса

Notary Public for the State of Washington.
 НОТАРИУС штата Вашингтон

My commission expires _____.
 Срок моих полномочий истекает.

Statement of Witnesses (alternative if you can't find a notary)

Заявление свидетелей (альтернативно, если вы не можете найти нотариуса)

On _____, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

_____ числа заявитель данного документа подписал его в моем присутствии. Я уверен, что заявитель способен принимать решения о медицинском уходе, понимает этот документ и подписал его добровольно.

- I am not related to the principal by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
Я не прихожусь заявителю родственником ни по крови, ни в результате брака, и я не являюсь зарегистрированным штатом партнером.
- I am not a home care provider for the principal nor do I provide care at an adult family home or long-term care facility in which the principal resides
Я не являюсь лицом, предоставляющим заявителю уход на дому, в семейном доме для взрослых или в учреждении долговременного ухода, в котором заявитель проживает.

Witness 1 / Свидетель 1

Witness 2 / Свидетель 2

Signature / Подпись

Signature / Подпись

Print Name / ФИО печатными буквами

Print Name / ФИО печатными буквами

Address / Адрес

Address / Адрес

Revocation of Durable Power of Attorney
for

Отзыв долгосрочной доверенности

- Finances / *в отношении финансовых вопросов*
 Health Care / *в отношении медицинского обслуживания*

I, _____, hereby revoke the Durable Power of Attorney I gave to _____.

Я, _____, настоящим отзываю долгосрочную доверенность, предоставленную мною следующему лицу: _____

Signature / *Моя подпись*

Date / *Дата*

Notarization / *Нотариальное заверение*

State of Washington / *Штат Вашингтон*

County of / *Округ* _____

Signed or attested before me on (*date*) _____

Подписано и засвидетельствовано в моем присутствии (*дата*)

by (*name*) _____.

вышеподписавшимся лицом (*имя и фамилия*)

▶ _____
Signature of Notary / *Подпись нотариуса*

Notary Public for the State of Washington.
НОТАРИУС штата Вашингтон

My commission expires _____.
Срок моих полномочий истекает.

Глоссарий

- **Бенефициар:** лицо, получающий денежные средства или имущество. Например, если вы застраховали свою жизнь, то лицо, получающее страховую выплату после вашей смерти, называют «бенефициаром». Лицо, получающее денежные средства или имущество из доверительного фонда, также называют «бенефициаром».
- **Доверительный управляющий или попечитель:** лицо, назначенное судом для принятия решений за другого. Доверительный управляющий принимает решения об имуществе и финансах. Попечитель принимает решения о личных вопросах и медицинском обслуживании.
- **Доверительный фонд:** создается письменным соглашением, в соответствии с которым денежные средства и имущество становятся собственностью доверительного фонда, управление которым осуществляется одним лицом (фидуциаром) в интересах другого лица или других лиц (бенефициара или бенефициаров). Как правило, для создания доверительного фонда необходимо нанять адвоката.
- **Долгосрочность доверенности.** Означает, что ваш документ продолжает иметь юридическую силу, и представитель может продолжать помогать вам, если вы заболели или будете травмированы и не сможете принимать такие решения самостоятельно.
- **Личное имущество:** такие вещи, как наличные деньги, акции, ювелирные изделия, одежда, мебель и автомобили.
- **Назначение бенефициара:** раздел договора, в котором указывается, кто должен быть бенефициаром. Например, в разделе «Назначение бенефициара» полиса страхования жизни указывается, кто получит денежные средства после смерти застрахованного лица.
- **Недвижимость:** здания и земельные участки.
- **Незаинтересованный свидетель:** лицо, не предоставляющее вам уход на дому или в учреждении долговременного ухода, или не являющееся вашим родственником ни по крови, ни в результате брака, и ни зарегистрированным в штате партнером.
- **Нотариус:** лицо, получившее лицензию администрации штата, предоставляющую ему право свидетельствовать подписание документов.
- **Отозвать:** отменить.
- **Права наследования, возникающие в результате смерти:** определяются письменным соглашением между лицами, совместно владеющими имуществом. В соответствии с этим соглашением, в случае смерти одного из совладельцев другой совладелец или другие совладельцы автоматически получают имущество.
- **Представитель:** доверенное лицо, выбранное вами для того, чтобы оно оказывало вам помощь в отношении ваших финансов или вашего медицинского обслуживания.
- **Соглашение об общем имуществе:** письменное соглашение супругов или сожителей, предусматривающее автоматическую передачу всего имущества умершего супруга или сожителя другой стороне.