



# Долгосрочные доверенности: документация

---

## В чем заключается доверенность?

Доверенность — документ, позволяющий вам выбрать друга или родственника, которому вы доверяете, с тем, чтобы он помогал вам принимать решения, относящиеся к вашим финансам и (или) к вашему медицинскому обслуживанию. После того, как вы подпишете доверенность в присутствии нотариуса, выбранное вами лицо может предъявлять доверенность персоналу обслуживающих вас медицинских учреждений, в банке, в школе и в других местах для того, чтобы принимать решения и подписывать договоры так, как если бы это делали вы сами.

## Кто ваш «представитель»?

Ваш «представитель» — друг или родственник, которому вы доверяете и которого вы выбрали с тем, чтобы он помогал вам принимать решения, относящиеся к вашим финансам и (или) к вашему медицинскому обслуживанию.

## Что означает «долгосрочность»?

«Долгосрочность» доверенности означает, что ваш представитель может продолжать оказывать вам помощь даже в том случае, если вы заболели или если вам будет нанесена травма, и вы не сможете принимать решения самостоятельно.

## Что следует сделать с вашей доверенностью после того, как вы подпишете ее в присутствии нотариуса?

Сделайте две копии доверенности. Передайте оригинальный экземпляр документа своему представителю и одну копию — своему альтернативному представителю, а вторую копию сохраните для себя.

## Что значит «отозвать» доверенность?

Это означает отменить доверенность. Вы можете отозвать свою доверенность в любое время, вручив своему представителю письменное уведомление. Вы можете также предоставить копию такого письменного уведомления персоналу обслуживающих вас медицинских учреждений, банка, школы и других мест, в которых могут принимать отмененную доверенность. Образец уведомления об отзыве доверенности приводится в этом пакете документации.

## Что, если вам потребуется юридическая помощь?

Если вы живете за пределами округа Кинг, вы можете звонить по линии срочной связи CLEAR с понедельника по пятницу с 9.15 до 24.15 по телефону 1-888-201-1014. Вы можете также обращаться за помощью в режиме компьютерной связи, пользуясь сайтом <http://nwjustice.org/get-legal-help>.

Если вы живете в округе Кинг, звоните по телефону 211, чтобы получать информацию и направления в учреждения, предоставляющие юридическую помощь, с понедельника по пятницу с 8.00 до 18.00. Дополнительные сведения можно найти на сайте [www.resourcehouse.com/win211/](http://www.resourcehouse.com/win211/).

Если вы страдаете глухотой или плохо слышите, вы можете звонить по телефону 1-800-833-6384 или 711, чтобы бесплатно связываться с оператором трансляционной службы. Оператор соединит вас с телефонной линией связи 211 или CLEAR.

---

В этой брошюре приводятся общие сведения, относящиеся к вашим правам и обязанностям.

Она не заменяет юридические рекомендации по конкретным вопросам.

Приведенные сведения действительны на январь 2017 г.

Индивидуальным лицам и организации «Alliance for Equal Justice» разрешается копировать и распространять эту брошюру в некоммерческих целях.

**Durable Power of Attorney for Finances**  
**Долгосрочная доверенность в отношении финансовых вопросов**  
**for / Лицо, предоставившее доверенность:**

\_\_\_\_\_  
[My Name/ (Ваши имя и фамилия)]

1. **Agent.** I choose \_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my finances.  
*(Представитель. Я выбираю \_\_\_\_\_ моим Представителем, полноправно уполномоченным 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. На тот случай, если \_\_\_\_\_ не сможет или не пожелает действовать, я выбираю \_\_\_\_\_ моим Представителем, полноправно уполномоченным 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 право самостоятельно принимать решения по финансовым вопросам, пока я сохраняю способность принимать такие решения.)*
  
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.  
*(Долгосрочность доверенности. Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения по финансовым вопросам, даже если я заболею или мне будет нанесена травма, и я 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 вступления в силу. Настоящая доверенность вступает в силу (отметьте один из вариантов):)*  

Immediately/ (Немедленно)

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.  
*(Только в том случае, если работник обслуживающего меня медицинского учреждения 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 истечения срока действия. Действие настоящей доверенности закончится, если я отзову ее или если я умру. В том случае, если моим Представителем является супруг,*

*супруга, сожитель или сожительница, действие настоящей доверенности закончится, если я или такой Представитель подадим в суд ходатайство о разводе.)*

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 доверенностей. Я отзываю все относящиеся к финансовым документам доверенности, подписанные мною в прошлом. Мне известно, что я могу отозвать настоящую доверенность в любое время, вручив моему Представителю письменное уведомление об отзыве доверенности.)*

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, and to sell, convey or encumber any real or personal property. My agent shall also have the following **special powers**: (check all that apply)

*(Полномочия. Моему Представителю предоставляются все полномочия и права на осуществление любых действий в той же мере и с теми же последствиями, как если бы эти действия осуществлялись мной самостоятельно, в том числе, в частности, право перечислять 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 для хранения ценностей и удалять из такого сейфа любые содержащиеся в нем ценности, продавать и обменивать акции, облигации и другие ценные бумаги и передавать право собственности на такие ценные бумаги, а также продавать, передавать или обременять задолженностями любое недвижимое или личное имущество. Кроме того, моему представителю предоставляются следующие особые полномочия (отметьте все применимые варианты):)*

- create, amend, revoke, or terminate a living trust  
*(создавать доверительную собственность, вступающую в силу при моей жизни, дополнять ее, отзывая ее или прекращать ее действие)*
- make gifts of my money or property  
*(предоставлять дары в виде моих денежных средств или моего имущества)*
- create or change my rights of survivorship  
*(создавать или изменять права наследования, возникающие в результате моей смерти)*
- create or change my beneficiary designation(s)  
*(создавать или изменять мои обязательства бенефициара)*
- delegate some authority granted in this document to someone else  
*(передать другой стороне некоторые полномочия, предусмотренные настоящим документом)*
- waive my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan

*(приостанавливать действие моего права быть бенефициаром аннуитета или пенсионного плана)*

- create, amend, revoke, or terminate my community property agreement  
*(создавать мое соглашение, относящееся к общему имуществу супругов или сожителей, дополнять такое соглашение, отзываться его или прекращать его действие)*
- tell a trustee to make distributions from a trust just as I could  
*(давать указания фидуциару о распределении средств доверительного фонда, пользоваться моими полномочиями на предоставление таких указаний)*

9. **No Power to Agree to Binding Pre-Dispute Arbitration.** I recognize that some long-term-care providers will ask me or my Agent to sign a binding pre-dispute arbitration agreement. These agreements limit my right to sue the provider before any injury or dispute occurs. I think these agreements are unfair and unacceptable. Therefore, my agent does not have the power to agree to pre-dispute binding arbitration or any other process involving my person or property that limits my right to a jury, to sue for money, or to join a class action.  
*(Право заключать соглашение об арбитраже, накладывающем юридические обязательства до возникновения спора, не предоставляется. Мне известно, что персонал некоторых учреждений, предоставляющих долгосрочный уход, может попросить меня или моего Представителя подписать соглашение об арбитраже, накладывающем юридические обязательства до возникновения спора. Такие соглашения ограничивают мое право подавать в суд на обслуживающее учреждение перед тем, как мне будет нанесен какой-либо ущерб, или перед тем, как возникнет какой-либо спор. Я не считаю такие соглашения справедливыми или приемлемыми. Поэтому моему представителю не предоставляется право соглашаться на накладывающий юридические обязательства предварительный арбитраж или какой-либо иной процесс, относящийся ко мне лично или к моему имуществу, ограничивающий мое право на суд присяжных, мое право требовать денежного возмещения по суду или мое право участвовать в групповом иске.)*
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.** I nominate my Agent as the guardian of my estate for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.  
*(Назначение опекуна. Я назначаю моего Представителя опекуном моего наследственного имущества на тот случай, если потребуется судебное разбирательство по вопросу об опекунстве.)*
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 США «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования»*

(HIPAA) 1996 г.)

\_\_\_\_\_  
My Signature / (Ваша подпись)

\_\_\_\_\_  
Date / (Дата)

**Notarization / (Нотариальное заверение)**

State of Washington / (Штат Вашингтон)

County of / (Округ) \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that \_\_\_\_\_, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

*(Я заверяю, что мне известны или были предоставлены удовлетворительные доказательства того, что \_\_\_\_\_ является находившимся в моем присутствии лицом, подпись которого проставлена выше, подтвердившим в моем присутствии, что его подпись была проставлена добровольно и в отсутствие принуждения в целях, предусмотренных настоящим юридическим инструментом.)*

SUBSCRIBED and SWORN to before me on \_\_\_\_\_.

*(ПОДПИСАНО и КЛЯТВЕННО ПОДТВЕРЖДЕНО в моем присутствии.)*

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF NOTARY / (ПОДПИСЬ НОТАРИУСА)

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME OF NOTARY / (ИМЯ, ФАМИЛИЯ НОТАРИУСА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington. / (НОТАРИУС в штате Вашингтон.)

My commission expires / (Дата истечения срока моих полномочий)

\_\_\_\_\_

## Durable Power of Attorney for Health Care

### Долгосрочная доверенность в отношении медицинского обслуживания for / Лицо, предоставившее доверенность:

\_\_\_\_\_ [My Name/ (Ваши имя и фамилия)]

- 1. Agent.** I choose \_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my health care.  
*(Представитель. Я выбираю \_\_\_\_\_ моим Представителем, полноправно уполномоченным 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. На тот случай, если \_\_\_\_\_ не сможет или не пожелает действовать, я выбираю \_\_\_\_\_ моим Представителем, полноправно уполномоченным 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 право самостоятельно принимать решения по вопросам медицинского обслуживания, пока я сохраняю способность принимать такие решения.)*
- 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.  
*(Долгосрочность доверенности. Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения, даже если я заболею или мне будет нанесена травма, и я не смогу принимать 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 in front of a notary public.  
*(Дата вступления в силу. Настоящая доверенность вступает в силу в день ее подписания мной в присутствии нотариуса.)*
- 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 истечения срока действия. Действие настоящей доверенности закончится, если я отзову ее или если я умру. В том случае, если моим Представителем является супруг, супруга, сожитель или сожительница, действие настоящей доверенности закончится, если я или такой Представитель подадим в суд ходатайство о разводе.)*

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 доверенностей. Я отзываю все относящиеся к медицинскому обслуживанию доверенности, подписанные мною в прошлом. Мне известно, что я могу отозвать настоящую доверенность в любое время, вручив моему Представителю письменное уведомление об отзыве доверенности.)*

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 с теми же последствиями, 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, осуществляющий 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 США «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г. с дополнениями и поправками, а также посещать меня в любой больнице и в любом медицинском учреждении, в котором я проживаю или прохожу лечение.)*

9. **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, психирургию или другие психиатрические процедуры, ограничивающие свободу моего физического перемещения.)*

10. **No Power to Agree to Binding Pre-Dispute Arbitration.** I recognize that some long-term-care providers will ask me or my Agent to sign a binding pre-dispute arbitration agreement. These agreements limit my right to sue the provider before any injury or dispute occurs. I think these agreements are unfair and unacceptable. Therefore, my agent does not have the power to agree to pre-dispute binding arbitration or any other process involving my person or property that limits my right to a jury, to sue for money, or to join a class action.

*(Право заключать соглашение об арбитраже, накладывающем юридические обязательства до возникновения спора, не предоставляется. Мне известно, что персонал некоторых учреждений, предоставляющих долгосрочный уход, может попросить меня или моего Представителя подписать соглашение об арбитраже, накладывающем юридические обязательства до возникновения спора. Такие соглашения ограничивают мое право подавать в суд на обслуживающее учреждение перед тем, как мне будет нанесен какой-либо ущерб, или перед тем, как возникнет какой-либо спор. Я не считаю такие соглашения справедливыми или приемлемыми. Поэтому моему представителю не предоставляется право соглашаться на накладывающий юридические обязательства предварительный арбитраж или какой-либо иной процесс, относящийся ко мне лично или к моему имуществу, ограничивающий мое право на суд присяжных, мое право требовать денежного возмещения по суду или мое право участвовать в групповом иске.)*

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.** I nominate my Agent as the guardian of my person for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.

*(Назначение опекуна. Я назначаю моего Представителя моим личным опекуном на тот случай, если потребуется судебное разбирательство по вопросу об опекунстве.)*

/

/

/

/

/

/

/



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 США «О преемственности и отчетности в области медицинского страхования» (HIPAA) 1996 г.)*

\_\_\_\_\_  
My Signature / (Ваша подпись)

\_\_\_\_\_  
Date / (Дата)

**Notarization / (Нотариальное заверение)**

State of Washington / (Штат Вашингтон)

County of / (Округ) \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that \_\_\_\_\_, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

*(Я заверяю, что мне известны или были предоставлены удовлетворительные доказательства того, что \_\_\_\_\_ является находившимся в моем присутствии лицом, подпись которого проставлена выше, подтвердившим в моем присутствии, что его подпись была проставлена добровольно и в отсутствие принуждения в целях, предусмотренных настоящим юридическим инструментом.)*

SUBSCRIBED and SWORN to before me on \_\_\_\_\_.

*(ПОДПИСАНО и КЛЯТВЕННО ПОДТВЕРЖДЕНО в моем присутствии.)*

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF NOTARY / (ПОДПИСЬ НОТАРИУСА)

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME OF NOTARY / (ИМЯ, ФАМИЛИЯ НОТАРИУСА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington. / (НОТАРИУС в штате Вашингтон.)

My commission expires / (Дата истечения срока моих полномочий)  
\_\_\_\_\_

**Revocation of Durable Power of Attorney**  
**Отзыв долгосрочной доверенности**  
**for / нижеподписавшимся лицом**

- 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: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
My Signature / (Ваша подпись)

\_\_\_\_\_  
Date / (Дата)

**Notarization (optional) / (Нотариальное заверение (по желанию))**

State of Washington / (Штат Вашингтон)

County of / (Округ) \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that \_\_\_\_\_, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

(Я заверяю, что мне известны или были предоставлены удовлетворительные доказательства того, что \_\_\_\_\_ является находившимся в моем присутствии лицом, подпись которого проставлена выше, подтвердившим в моем присутствии, что его подпись была проставлена добровольно и в отсутствие принуждения в целях, предусмотренных настоящим юридическим инструментом.)

SUBSCRIBED and SWORN to before me on \_\_\_\_\_.

(ПОДПИСАНО и КЛЯТВЕННО ПОДТВЕРЖДЕНО в моем присутствии.)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF NOTARY / (ПОДПИСЬ НОТАРИУСА)

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME OF NOTARY / (ИМЯ, ФАМИЛИЯ НОТАРИУСА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington. / (НОТАРИУС в штате Вашингтон.)

My commission expires / (Дата истечения срока моих полномочий)

\_\_\_\_\_

## Глоссарий

---

Ниже приводятся определения некоторых терминов, которые могут оказаться полезными при прочтении текста доверенности.

- **Арбитраж, накладывающий юридические обязательства:** процесс внесудебного урегулирования юридических споров с компанией. Как правило, такой арбитраж ограничивает ваше право на суд присяжных, ограничивает денежную сумму, которая может быть вам присуждена, и не позволяет вам возбудить в суде групповой иск против компании. Кроме того, арбитры обычно назначаются компанией.
- **Бенефициар:** человек, получающий денежные средства или имущество. Например, если вы застраховали свою жизнь и умрете, человека, получающего после этого страховую выплату, называют «бенефициаром». Человека, получающего денежные средства или имущества из доверительного фонда, также называют «бенефициаром».
- **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.
- **Личное имущество:** такие вещи, как наличные деньги, акции, ювелирные украшения, 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.
- **Нотариус:** лицо, получившее от правительства штата лицензию, предоставляющую ему право свидетельствовать подписание документов. Вы обязаны подписать свою доверенность в присутствии нотариуса, который подпишет этот документ и заверит его официальной печатью нотариуса.
- **Отзыв:** отмена.
- **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.
- **Фидуциар:** лицо, управляющее доверительным фондом.