



مستندات التوكيلات الدائمة

ما هو مستند التوكيل؟

يسمح لك مستند التوكيل باختيار صديق أو قريب موثوق به لمساعدتك في شؤونك المالية و/أو قرارات الرعاية الصحية. بعد التوقيع عليه، سيأخذ الشخص الذي تختاره مستند التوكيل إلى مقدمي الخدمات الطبية والبنك والمدرسة والأماكن الأخرى لاتخاذ القرارات وتوقيع العقود تمامًا كأنه أنت.

يطلق على الصديق أو القريب الموثوق الذي تختاره لمساعدتك في شؤونك المالية و/أو قرارات الرعاية الصحية "وكيلك".

هل أحتاج إلى توقيع مستند التوكيل أمام كاتب عدل؟

يجب عليك التوقيع على مستند التوكيل الدائم الخاص بك أمام كاتب عدل. وإذا لم تتمكن من العثور على كاتب عدل، يمكنك، بدلاً من ذلك، التوقيع عليه أمام شاهدين "ليس لهما أي مصلحة شخصية تتعلق بهذا التوكيل". ومع ذلك، يُفضل التوثيق العدلي، خاصة بالنسبة للتوكيل الدائم في الشؤون المالية.

ماذا علي أن أفعل بعد التوقيع عليه؟

بعد التوقيع على المستندات الخاصة بك، قم بعمل نسختين منها. أعط المستند الأصلي لوكيلك، وامنح نسخة لوكيلك البديل، واحتفظ بالنسخة الثانية لنفسك.

هل يمكنني تغيير مستندات التوكيل واختيار وكيل جديد؟

يمكنك إبطال (إلغاء) مستند التوكيل الخاص بك في أي وقت بإخطار كتابي لوكيلك. وقد تم تضمين نموذج لـ "إخطار الإلغاء" ضمن هذه المجموعة من المستندات. يمكنك أيضًا إعطاء نسخة من هذا الإخطار الكتابي لمقدمي الخدمات الطبية والبنك والمدرسة والأماكن الأخرى التي قد تقبل مستند التوكيل القديم.

ماذا لو احتجت إلى مساعدة قانونية؟

إذا كنت تعيش خارج مقاطعة كينج، يمكنك الاتصال بخط CLEAR الساخن من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:15 صباحًا إلى الساعة 12:15 مساءً على الرقم 1-888-201-1014. يمكنك أيضًا التقديم عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني

nwjustice.org/get-legal-help.

إذا كنت تعيش في مقاطعة كينج، فاتصل بالرقم 211 للحصول على معلومات، والإحالة إلى مقدم خدمات قانونية من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 6:00 مساءً. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عبر الإنترنت على

الموقع الإلكتروني www.resourcehouse.com/win211/.

يمكن للمتصلين الصم، أو ضعاف السمع، أو الذين يعانون من إعاقة لغوية الاتصال بخط CLEAR الساخن أو الاتصال بالرقم 211 (أو الهاتف المجاني 1-877-211-9274) باستخدام خدمة ترحيل الاتصال التي يرغبونها.

تتوفر منشورات التوعية القانونية المجانية ومقاطع الفيديو وحزم المساعدة الذاتية التي تغطي العديد من المسائل القانونية على

الموقع الإلكتروني WashingtonLawHelp.org.

يوفر هذا المنشور معلومات عامة بشأن حقوقك ومسؤولياتك.

وليس الهدف منه استخدامه بديلاً عن مشورة قانونية محددة.

تم منح إذن النسخ والتوزيع لمؤسسات Alliance for Equal Justice وللأفراد لأغراض غير تجارية فقط.

Durable Power of Attorney for Finances for

توكيل دائم للشؤون المالية لـ

[My Name]

[اسمي]

- 1. Agent.** I choose _____ as my Agent with full authority to manage my finances.
الوكيل. أختار _____ وكيلي مع منحه السلطة الكاملة لإدارة شؤوني المالية.
- 2. Alternate.** If _____ is unable or unwilling to act, I choose _____ as my Agent with full authority to manage my finances.
البديل. إذا كان _____ غير قادر أو غير راغب في التصرف، فأنا أختار _____ كوكيلي مع منحه السلطة الكاملة لإدارة شؤوني المالية.
- 3. My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself as long as I am capable.
حقوق. أحتفظ بالحق في اتخاذ القرارات المالية بنفسني طالما كنت قادرًا على ذلك.
- 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.
دائم. يمكن لوكيلي استخدام مستند التوكيل هذا لإدارة شؤوني المالية حتى لو مرضت أو أصيبت ولم أستطع اتخاذ القرارات بنفسني. لن يتأثر مستند التوكيل هذا بإعاقتي.
- 5. Start Date.** This power of attorney document is effective: (check one)
تاريخ البدء. مستند التوكيل هذا ساري المفعول: (حدد خيارًا واحدًا)
 Immediately.
فورًا.
 Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.
فقط إذا وقع مقدم الرعاية الطبية الخاص بي على رسالة تفيد بأنه لا يمكنني اتخاذ القرارات بنفسني.
- 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.
تاريخ الانتهاء. سينتهي مستند التوكيل هذا إذا قمت بإلغائه أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكي المنزلي هو وكيلي، فسينتهي مستند التوكيل هذا إذا قدم أي منا طلبًا للطلاق في المحكمة.
- 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.
الإلغاء. ألغي أي توكيل رسمي عن الشؤون المالية وقعت عليه في الماضي. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء مستند التوكيل هذا في أي وقت من خلال تقديم إخطار كتابي بالإلغاء إلى وكيلي.
- 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)
الصلاحيات. يتمتع وكيلي بالسلطات والصلاحيات الكاملة لفعل أي شيء بشكل كامل وفعال بقدر ما يمكنني القيام به، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، سلطة الإيداع والدفع من أي حساب باسمي في أية مؤسسة مالية، وفتح وإزالة العناصر من أي صندوق ودائع باسمي، وبيع أو تبادل أو نقل ملكية الأسهم أو السندات أو الأوراق المالية الأخرى، وبيع أو نقل أو رهن أي ممتلكات شخصية أو عقارية. يتمتع وكيلي أيضًا بالصلاحيات الخاصة التالية: (ضع علامة أمام كل ما ينطبق)
 create, amend, revoke, or terminate a living trust
إنشاء وقف أثناء الحياة أو تعديله أو إلغاؤه أو إنهائه
 make gifts of my money or property
تقديم هبات من أموالي أو ممتلكاتي

- create or change my rights of survivorship
إنشاء أو تغيير حقوق الوراثة الخاصة بي
- create or change my beneficiary designation(s)
إنشاء أو تغيير تحديد المستفيد (المستفيدين) الخاص بي
- delegate some authority granted in this document to someone else
تفويض بعض الصلاحيات الممنوحة في هذا المستند إلى شخص آخر
- waive my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan
التنازل عن حقي في أن أكون مستفيدًا من خطة معاش أو تقاعد
- create, amend, revoke, or terminate my community property agreement
إنشاء أو تعديل أو إلغاء أو إنهاء اتفاقية الملكية المشتركة الخاصة بي
- tell a trustee to make distributions from a trust just as I could
السماح للوكيل بإجراء توزيعات من الوصف كما يمكنني أن أفعل

9. **No Power to Agree to Pre-Dispute Binding Arbitration.** 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.

عدم التمتع بسلطة الموافقة على التحكيم الملزم قبل النزاع. لا يمتلك وكيلي سلطة الموافقة على التحكيم الملزم قبل النزاع أو أي عملية أخرى تتعلق بشخصي أو ممتلكاتي والتي تحد من حقي في محاكمة أمام هيئة محلفين أو رفع دعوى قضائية للحصول على المال أو الانضمام إلى دعوى جماعية.

10. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my finances and show these records to me at my request.
المحاسبة. يجب أن يحتفظ وكيلي بسجلات دقيقة عن شؤوني المالية وأن يعرض هذه السجلات لي بناءً على طلبي.

11. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as the guardian of my estate for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.
ترشيح الوصي. أرشح وكيلي ليكون وصيًا على تركتي لتأخذه المحكمة بعين الاعتبار إذا أصبحت إجراءات الوصاية ضرورية.

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.

التصريح بالمعلومات التي يتطلبها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة. أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي للتصريح بجميع المعلومات التي يتطلبها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 إلى وكيلي.

My Signature

توقيعي

Date

التاريخ

Notarization

State of Washington

County of _____

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.

_____ Date

_____ Signature of Notary

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

My commission expires _____.

Durable Power of Attorney for Health Care for

توكيل عام دائم للرعاية الصحية إلى

[My Name]

[اسمي]

- Agent.** I choose _____ as my Agent with full authority to manage my health care.
الوكيل. اخترت _____ كوكيلي مع منحه السلطة الكاملة لإدارة رعايتي الصحية.
- Alternate.** If _____ is unable or unwilling to act, I choose _____ as my Agent with full authority to manage my health care.
البديل. إذا كان _____ غير قادر أو غير راغب في التصرف، فأنا أختار _____ كوكيلي مع منحه السلطة الكاملة لإدارة رعايتي الصحية.
- My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself as long as I am capable.
حقوقتي. أحتفظ بالحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي طالما كنت قادرًا على ذلك.
- 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.
دائم. لا يزال بإمكان وكيلي استخدام مستند التوكيل هذا لإدارة شؤوني حتى إذ مرضت أو أصبت وكنت لا أستطيع اتخاذ القرارات بنفسني. لن يتأثر هذا التوكيل بإعاقتي.
- Start Date.** This power of attorney document is effective on the day I sign it.
تاريخ البدء. يكون مستند التوكيل هذا ساري المفعول في يوم توقيع علي عليه.
- 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.
تاريخ الانتهاء. سينتهي مستند التوكيل هذا إذا قمت بإلغائه أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكي المنزلي هو وكيلي، فسينتهي مستند التوكيل هذا إذا قدم أي منا طلبًا للطلاق في المحكمة.
- 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.
الإلغاء. ألغي أي مستندات أخرى للتوكيل الرسمي للرعاية الصحية التي وقعت عليها في الماضي. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء مستند التوكيل هذا في أي وقت من خلال تقديم إخطار كتابي بالإلغاء إلى وكيلي.
- 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
الصلاحيات. يتمتع وكيلي بالسلطات والصلاحيات الكاملة لفعل أي شيء بشكل كامل وفعال بقدر ما يمكنني القيام به بنفسني، بما في ذلك القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وإعطاء الموافقة المستنيرة على رعايتي الصحية، ورفض وسحب الموافقة على رعايتي الصحية وتوظيف وتسريح مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي، والتقدم بطلب والموافقة على دخولي منشأة طبية أو منشأة للرعاية أو الإقامة أو أي منشأة أخرى مشابهة ليست منشأة لعلاج الصحة العقلية، ويعد ممثلًا شخصيًا لي لجميع الأغراض بموجب قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996، بصيغته المعدلة، وزيارتي في أي مستشفى أو منشأة طبية أخرى حيث أقيم أو أتلقى العلاج
- 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.
علاج الصحة العقلية. وكيلي غير مخول بترتيب التزامي بالتعامل مع منشأة علاجية للصحة العقلية أو إقامتي فيها. وغير مصرح له بالموافقة على العلاج بالصدمات الكهربائية أو الجراحة النفسية أو إجراءات الصحة النفسية أو العقلية الأخرى التي تقيد حرية الحركة الجسدية.
- No Power to Agree to Pre-Dispute Binding Arbitration.** 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.
عدم التمتع بسلطة الموافقة على التحكيم الملزم قبل النزاع. لا يمتلك وكيلي سلطة الموافقة على التحكيم الملزم قبل النزاع أو أي عملية أخرى تتعلق بشخصي أو ممتلكاتي والتي تحد من حقي في محاكمة أمام هيئة محلفين أو رفع دعوى قضائية للحصول على المال أو الانضمام إلى دعوى جماعية.

11. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these records to me at my request.
المحاسبة. يجب أن يحتفظ وكيلي بسجلات دقيقة عن شؤوني المالية وأن يعرض هذه السجلات لي بناءً على طلبي.
12. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as the guardian of my person for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.
ترشيح الوصي. أقوم بترشيح وكيلي ليكون وصيًا على شخصي لتأخذ المحكمة بعين الاعتبار إذا أصبحت إجراءات الوصاية ضرورية.
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.
التصريح بالمعلومات التي يتطلبها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة. أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي للتصريح بجميع المعلومات التي يتطلبها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 إلى وكيلي.

My Signature
توقيعي

Date
التاريخ

Notarization (preferred)

State of Washington
County of _____

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.

Date

Signature of Notary
NOTARY PUBLIC for the State of Washington.
My commission expires _____.

Statement of Witnesses (alternative)

بيان الشهود (البديل)

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.

إنه في _____، قام المُعلن عن هذا المستند بالتوقيع عليه بحضوري. أعتقد أن المُعلن قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفهم هذا المستند والتوقيع عليه طواعيةً.

- I am not related to the principal by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
أنا لست على صلة بالموكل عن طريق الدم أو الزواج أو شراكة منزلية مسجلة لدى الدولة.
- 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
أنا لست مقدم رعاية منزلية للموكل ولا أقدم الرعاية في سكن عائلي للبالغين أو مرفق رعاية طويلة الأجل حيث يقيم الموكل

Witness 1

الشاهد الأول

Witness 2

الشاهد الثاني

Signature
التوقيع

Signature
التوقيع

Print Name
الاسم المطبوع

Print Name
الاسم المطبوع

Address
العنوان

Address
العنوان

دurable Power of Attorney for Health Care – 2 من 2 صفحة

©Seattle University School of Law Clinical Program & Northwest Justice Project

Revocation of Durable Power of Attorney

For

إلغاء التوكيل الدائم عن

Finances

الشؤون المالية

Health Care

الرعاية الصحية

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

_____.

أنا، _____، بموجب هذا، ألغي التوكيل الدائم الذي أعطيته إلى _____.

My Signature

توقيعي

Date

التاريخ

Notarization

State of Washington

County of _____

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.

Date

Signature of Notary

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

My commission expires _____.

مسرد المصطلحات

فيما يلي بعض المصطلحات التي قد تجدها مفيدة عند قراءة مستند التوكيل:

- **الوكيل:** الشخص الموثوق به الذي تختاره لمساعدتك في شؤونك المالية أو الرعاية الصحية.
- **المستفيد:** الشخص الذي يحصل على المال أو الممتلكات. على سبيل المثال، إذا كان لديك تأمين على الحياة ووافتك المنية، فإن الشخص الذي يحصل على أموال التأمين يسمى المستفيد. يُطلق على الشخص الذي يحصل على أموال أو ممتلكات من وقف أيضًا اسم المستفيد.
- **تحديد المستفيد:** جزء العقد الذي ينص على من يجب أن يكون المستفيد. على سبيل المثال، تحديد المستفيد في وثيقة تأمين على الحياة هو الجزء الذي يقول من سيحصل على المال بعد وفاتك.
- **التحكيم الملزم:** عملية لتسوية المنازعات القانونية مع شركة خارج المحاكم. عادة، يحد التحكيم من حقل في محاكمة أمام هيئة محلفين، ويحد من الأموال التي يمكنك الحصول عليها، ويمنعك من رفع دعوى جماعية ضد الشركة. أيضًا، عادة ما تقوم الشركة باختيار المحكمين.
- **اتفاقية الملكية المشتركة للزوجين:** اتفاقية مكتوبة بين زوجين أو شريكين منزليين تنص على أنه عندما يتوفى أحدهما، تنتقل جميع ممتلكاته تلقائيًا إلى الآخر.
- **دائم:** تعني كلمة "دائم" أن المستند الخاص بك لا يزال يتمتع بسلطة قانونية ويمكن للوكيل الاستمرار في مساعدتك حتى إذا مرضت أو أصبت ولم يعد بإمكانك اتخاذ القرارات المتعلقة بك.
- **شاهد ليس له مصلحة شخصية:** شخص ليس مقدم رعاية صحية في منزلك أو في مرفق رعاية طويلة الأجل، أو قريب لك عن طريق الدم أو الزواج أو الشراكة المنزلية المسجلة لدى الدولة.
- **كاتب العدل (أو الموثق العام):** الشخص المصرح له من قبل الدولة أن يشهد التوقيعات على المستندات. يجب عليك التوقيع على مستند التوكيل أمام كاتب العدل الذي سيوقع أيضًا على المستند ويضع ختم كاتب العدل الرسمي عليه.
- **الممتلكات الشخصية:** أشياء مثل النقود أو الأسهم أو المجوهرات أو الملابس أو الأثاث أو السيارات.
- **الملكية العقارية:** المباني والأراضي.
- **الإلغاء:** الإبطال.
- **حق الوراثة:** اتفاق مكتوب بين الأشخاص الذين يمتلكون ممتلكات معًا. وتنص الاتفاقية على أنه عندما يتوفى أحد المالك، يحصل المالك الآخر (المالك الآخرون) تلقائيًا على العقار.
- **صندوق وقف:** اتفاقية مكتوبة تكون فيها الأموال والممتلكات في صندوق وقف يديره شخص واحد (وصي أو قيم) لصالح شخص آخر أو أشخاص آخرين (المستفيد أو المستفيدين). وعادة ما تحتاج إلى الاستعانة بمحام لإنشاء صندوق وقف.
- **الوصي/القيم:** الشخص الذي يدير الوقف.