

التوكيل الرسمي



ما هو التوكيل الرسمي؟

يسمح لك نموذج التوكيل الرسمي باختيار صديق أو قريب موثوق به لمساعدتك في اتخاذ قرارات بشأن أموالك و/أو الرعاية الصحية. بعد أن توقع هذه الوثيقة، سوف يأخذ الشخص الذي وقع اختيارك عليه التوكيل الرسمي إلى مقدمي الرعاية الصحية أو البنك أو المدرسة وغيرها من المؤسسات لاتخاذ القرارات وتوقيع العقود نيابة عنك.

ويُطلق على الصديق أو القريب الموثوق به الذي اخترته لمساعدتك في قراراتك المتعلقة بالشؤون المالية و/أو الرعاية الصحية "الوكيل".

يصبح التوكيل الرسمي "مستمر" (أو "دائم") إذا نص على أن بإمكان وكيلك استخدامه حتى إذا مرضت أو تعرضت لإصابة وأصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بشأن نفسك.

هل أحتاج إلى توقيع توكيلي الرسمي أمام كاتب عدل؟

يوصى بتوقيع استمارات التوكيل الرسمي أمام كاتب عدل. إن لم تستطع العثور على كاتب عدل، يمكنك توقيعها أمام اثنين من الشهود "عديمي المصلحة" بدلاً من ذلك. ومع ذلك، يفضل التوثيق، خاصة بالنسبة للتوكيل الدائم للشؤون المالية.

ما الذي يتعين عليّ فعله بعد توقيعها؟

بعد توقيع الاستمارات الخاصة بك، قم بعمل نسختين. أعطي النسخة الأصلية لوكيلك، وأعطي نسخة واحدة للوكيل البديل، واحتفظ بالنسخة الثانية لنفسك.

هل يمكنني تغيير التوكيل الرسمي الخاص بي واختيار وكيل جديد؟

نعم. يمكنك إلغاء (أو سحب) التوكيل الرسمي في أي وقت بإشعار خطي إلى وكيلك. (أو "بارسال خطاب مكتوب إلى وكيلك. تتضمن حزمة "إلغاء (سحب)" التوكيل الرسمي الخاص بنا نموذج الإلغاء وتعليمات القيام بذلك.

بعد إلغاء توكيلك الرسمي القديم، يمكنك التوقيع على نموذج توكيل رسمي جديد لاختيار وكيل مختلف. وتأكد من أن نموذج التوكيل الرسمي الجديد الخاص بك ينص على إلغاء جميع نماذج التوكيل الرسمي السابقة.

ماذا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية؟

• يمكنك التقديم عبر الإنترنت - nwjustice.org/apply-online



- هل تواجه مشكلة قانونية في مقاطعة كينج (بخلاف الإخلاء أو الحجز العقاري)؟ اتصل على الرقم 1-1-2 (أو الرقم المجاني 1-877-211-9274) في أيام الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 6:00 مساءً. ستتم إحالتك لتلقي المساعدة من أحد مقدمي المساعدة القانونية.
 - هل تواجه مشكلة قانونية خارج مقاطعة كينج (بخلاف الإخلاء أو الحجز العقاري)؟ اتصل بخط مساعدة CLEAR على الرقم 1-888-201-1014 في أيام الأسبوع بين الساعة 9:15 صباحًا و 12:15 مساءً أو تقدم بطلب عبر الإنترنت على nwjustice.org/apply-online.
 - هل ستعرض إلى الطرد من منزلك؟ اتصل على 1-855-657-8387
 - هل سيتم الحجز على منزلك؟ اتصل على 1-800-606-4819
 - يمكن أيضًا لكبار السن (الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر) ممن لديهم مشكلة قانونية خارج مقاطعة كينج، يمكن أيضًا الاتصال بـ CLEAR*Sr على الرقم 1-888-387-7111.
- يمكن للمتصلين من الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف النطق الاتصال بأي من هذه الأرقام باستخدام خدمة الترحيل التي تختارها. يتم توفير المترجمين الفوريين.

يوفر هذا المنشور معلومات عامة بشأن حقوقك ومسؤولياتك. وليس الهدف منه استخدامه بديلاً عن مشورة قانونية محددة.

حقوق النشر لسنة 2024 لمشروع العدالة الشمالي الغربي - 1-888-201-1014 والبرنامج السريري لكلية الحقوق بجامعة سياتل (تم منح إذن النسخ والتوزيع لتحالف العدالة المتساوية وللأفراد لأغراض غير تجارية فقط).



توكيل رسمي للشؤون المالية
(Durable Power of Attorney for Finances)

ل (for)

تاريخ ميلادي (my birth date)

اسمي (my name)

Agent. I choose -- as my Agent with full authority to manage my finances.

Alternate. If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose -- 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.

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

1. وكيل. اختار _____ ،
كوكيل لي مع كامل السلطة لإدارة شؤوني المالية.

2. وكيل بديل. إذا كان الوكيل المسمى أعلاه غير قادر أو غير راغب في العمل، فأنا أختار _____ ،
كوكيل لي مع كامل السلطة لإدارة شؤوني المالية.

3. حقوق. احتفظ بحق اتخاذ القرارات المالية بنفسي إذا كنت قادرًا على ذلك.

4. دائم. يمكن لوكيلي استخدام هذا التوكيل العام لإدارة شؤوني المالية حتى لو مرضت أو تعرضت لإصابة وأصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بشأن نفسي. فإن إعاقتي لن تؤثر على هذا التوكيل الرسمي.

5. تاريخ بدأ السريان. يصبح هذا التوكيل الرسمي ساري المفعول: (حدد مربعًا)

في الحال

فقط إذا قام مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بتوقيع خطاب يفيد بعدم قدرتي على اتخاذ قرارات بشأن نفسي.

6. تاريخ انتهاء السريان. سينتهي هذا التوكيل الرسمي إذا أُلغيت أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكي في المنزل هو الوكيل الخاص بي، فسينتهي هذا التوكيل الرسمي إذا تقدم أي منا بطلب للطلاق في المحكمة.

7. الإلغاء. ألغي بموجبه أي وثائق توكيل للشؤون المالية قد وقعتها في الماضي. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل الرسمي في أي وقت عن طريق إخطار كتابي بالإلغاء إلى وكيلي.

8. الصلاحيات. للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحيات للقيام بأي شيء بنفس القدر من الكفاءة والفعالية التي يمكنني القيام بها بنفسي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سلطة:

✓ إيداع الأموال وسحبها من أي حساب باسمي في أي مؤسسة مالية

Open and remove items from any safe deposit box in my name

✓ فتح وإزالة أي عناصر من صندوق الأمانات باسمي

Sell, exchange, or transfer title to stocks, bonds, or other securities

✓ بيع أو مقايضة أو نقل ملكية الأسهم أو السندات أو الأوراق المالية الأخرى

Sell, convey, or encumber any real or personal property

✓ بيع أو نقل أو رهن أي عقار أو ممتلكات شخصية

Apply for and manage governmental benefits, including Medicaid

✓ التقدم والحصول على المزايا الحكومية، بما في ذلك Medicaid

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

9. الصلاحيات الخاصة. كما يتمتع وكيلتي أيضًا بالصلاحيات التالية:

Yes / No Give gifts of my money or property

منح هبات من أموالتي أو ممتلكاتي. نعم لا

Yes / No Create, change, or cancel my rights of survivorship

إنشاء اتفاقية بشأن حقوق البقاء في الملكية بعد الوفاة أو تغييرها أو إلغاؤها. نعم لا

Yes / No Create, change, or cancel beneficiary designations

تعيين أسماء المستفيدين أو تغييرهم أو شطبهم نعم لا

Yes / No Give up my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan

التخلي عن حقي في أن أكون مستفيدًا من معاش تقاعدي أو خطة تقاعد نعم لا

Yes / No Create, change, or cancel a trust

إنشاء عهدة أو تغييرها أو إلغاؤها نعم لا

Yes / No Tell a trustee to make distributions from a trust just as I could

إخبار الوصي بإجراء توزيعات من الوقف تمامًا كما يمكنني نعم لا

Yes / No Create, change, or cancel a community property agreement

إنشاء أو تغيير أو إلغاء اتفاقية ملكية مجتمعية نعم لا

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

منح السلطة المخولة في هذه الوثيقة لشخص آخر نعم لا

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

10. المحاسبة. سيحتفظ وكيلتي بسجلات دقيقة عن أموالتي ويعرض هذه السجلات علي بناءً على طلبي.

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

11. ترشيح وصي أو حارس. أرشح وكيلتي كحارس للنظر فيه من قبل المحكمة إذا أصبحت إجراءات الحراسة ضرورية.

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.

12. إصدار قانون حماية قابلية التأمين على المعلومات الصحية (HIPAA).
أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي بإصدار جميع المعلومات التي يحكمها قانون قابلية التأمين على المعلومات الصحية لعام 1996 (HIPAA) إلى وكيلي.

Date

My signature (in front of a notary)

التاريخ:

توقيعي (أمام كاتب عدل)

التوثيق (Notarization)

State of Washington (ولاية واشنطن)

County of (مقاطعة)

وقّع أو شهد أمامي في (التاريخ)

Signed or attested before me on (date)

by (name) بواسطة (الاسم)

Signature of Notary (توقيع كاتب العدل)

Notary Public for the State of Washington.

(كاتب العدل لولاية واشنطن)

My commission expires (تنتهي مفوضيتي في)

توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية (Durable Power of Attorney for Health Care)

ل (for)

تاريخ ميلادي (my birth date)

اسمي (my name)

Agent. I choose --- 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 --- as my Agent with full authority to manage my health care.

My Rights. I keep the right to make health care decisions for myself if I am capable.

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.

Start Date. This power of attorney is effective on the day I sign it.

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.

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.

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

1. وكيل. أختار

، كوكيل لي مع صلاحيات كاملة لإدارة الرعاية الصحية الخاصة بي.

2. وكيل بديل. إذا كان الوكيل المسمى أعلاه غير قادر أو راغب في التصرف، فأنا أختار _____ ، كوكيل لي مع صلاحيات كاملة لإدارة الرعاية الصحية الخاصة بي.

3. **حقوقي.** أحتفظ بحقي في اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية بنفسني إذا كنت قادرًا على ذلك.

4. دائم. يمكن لوكيلتي استخدام هذا التوكيل لإدارة شؤوني حتى لو مرضت أو أصبت ولم أستطع اتخاذ قرارات بشأن نفسي. فإن إعاقتي لن تؤثر على هذا التوكيل.

5. تاريخ بدأ السريان. يصبح هذا التوكيل ساري المفعول في يوم توقيعي عليه.

6. تاريخ انتهاء السريان. ستنتهي صلاحية هذا التوكيل إذا ألغيته أو عند وفاتي. إذا كان زوجي أو شريكي في المنزل هو الوكيل الخاص بي، فسيينتهي هذا التوكيل إذا تقدم أي منا بطلب للطلاق في المحكمة.

7. **الإلغاء.** ألغي بموجبه أي وثائق توكيل للرعاية الصحية قد وقعتها في الماضي. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التوكيل في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بالإلغاء إلى وكيلتي.

8. **الصلاحيات.** للوكيل الخاص بي كامل السلطة والصلاحيات للقيام بأي شيء بنفس القدر من الكفاءة والفعالية التي يمكنني القيام بها بنفسني، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سلطة:

✓ اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية والموافقة المطلقة على رعايتي الصحية

✓ رفض وسحب الموافقة على رعايتي الصحية

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

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.

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.

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

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

✓ توظيف وإعفاء مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي

✓ التقدّم بطلب والموافقة على قبولي في منشأة طبية أو ترميزية أو سكنية أو أي منشأة أخرى مماثلة ليست منشأة علاج للصحة العقلية

✓ أن أكون ممثلي الشخصي لجميع الأغراض بموجب قانون قابلية نقل التأمين وصلاحيّة المحاسبة لعام 1996 (HIPAA) وتعديلاته

✓ زيارتي في أي مستشفى أو منشأة طبية أخرى أقيم فيها أو أتلقى العلاج فيها

9. **الإعانات الحكومية.** يتمتع وكيلي بالسلطة والصلاحيّة الكاملتين لترتيب وإدارة جميع الاستحقاقات الحكومية نيابة عني، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، توقيع والموافقة على الطلبات والعقود واتفاقيات مراجعة الأهلية المستمرة وخطط الرعاية التي تقدم الاستحقاقات والخدمات النقدية والغذائية والطبية والإسكانية والرعاية طويلة الأمد.

10. **علاج الصحة العقلية.** وكيلي غير مفوض بترتيب التزامي أو إيداعي في منشأة لعلاج الصحة العقلية. وكيلي غير مفوض بالموافقة على العلاج بالصدّامات الكهربائية أو جراحة المخ والأعصاب أو أي إجراءات أخرى نفسية أو صحية عقلية تقيد حرية الحركة الجسدية.

11. **المحاسبة.** يجب على وكيلتي الاحتفاظ بسجلات دقيقة لشؤوني المالية وإظهار هذه السجلات لي بناءً على طلبي.

12. **ترشيح الوصي.** أرشح وكيلي كوصي لي للنظر فيه من قبل المحكمة إذا أصبحت إجراءات الوصاية ضرورية.

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.

الإفصاح عن المعلومات الخاضعة لقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). أفوض مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي بإصدار جميع المعلومات التي يحكمها قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) إلى وكيلي.

.13

Date	التاريخ: _____
My signature (in front of a notary or witnesses)	توقيعي (أمام كاتب عدل أو شهود) _____

التوثيق (Notarization)	
State of Washington (ولاية واشنطن)	
County of _____ (مقاطعة)	
_____	Signed or attested before me on (date)
	تم التوقيع أو التصديق أمامي في (التاريخ)
_____	by (name) / بواسطة (الاسم)

Signature of Notary (توقيع كاتب العدل)	
Notary Public for the State of Washington.	
كاتب العدل لولاية واشنطن.	
My commission expires (ينتهي تفويضي في)	

**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

**إفادة الشهود
(فقط إذا لم تجد كاتب عدل)**

في (التاريخ) _____ ، قام
(الاسم) _____ بتوقيع
هذا التوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية بحضوري. وقد وافقت على أن أشهد
على توقيعهم بناءً على طلبهم.

▪ وأنا لست مرتبطاً بهذا الشخص عن طريق الدم أو الزواج أو شراكة منزلية
مسجلة بالولاية.

▪ ولا أقدم الرعاية لهذا الشخص في المنزل أو في مرفق رعاية طويلة الأمد.

الشاهد الأول

التوقيع

الاسم مطبوعاً

العنوان

الهاتف

الشاهد الثاني

التوقيع

الاسم مطبوعاً

العنوان

الهاتف

**Durable Power of Attorney
for Health Care
Attachment: Contact Info**

**توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية
المرفق: معلومات الاتصال**

My name

اسمي

First, middle, last

الأول الأوسط الأخير

My date of birth

تاريخ ميلادي

My phone number

رقم هاتفي

My email address

عنوان بريدي الإلكتروني

My mailing address

عنوان بريدي للمراسلة

My primary care medical provider

مقدم الرعاية الطبية الأولية

Power of attorney

توكيل رسمي

I have a **Durable Power of Attorney** that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

لدي توكيل رسمي دائم يسمح لشخص آخر ("وكيلي") باتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي إذا لم أكن قادرًا على ذلك.

My health care agent's name

اسم وكيل الرعاية الصحية

First, middle, last

الأول الأوسط الأخير

My agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

علاقة وكيلي بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ)

My agent's phone number

رقم هاتف وكيلي

My agent's email address

عنوان البريد الإلكتروني لوكيلي

My alternate health care agent's name

اسم وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

First, middle, last

الأول الأوسط الأخير

My alternate agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

علاقة وكيلي البديل بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ)

My alternate agent's phone

هاتف وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

My alternate agent's email address

عنوان البريد الإلكتروني لوكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي

- **الوكيل:** الشخص الموثوق به الذي تختاره لمساعدتك في شؤونك المالية وشؤون الرعاية الصحية.
- **المستفيد:** الشخص الذي يحصل على مال أو ممتلكات. على سبيل المثال، إذا كنت لديك تأمين على الحياة ووافتك المنية، فإن الشخص الذي يحصل على أموال التأمين يسمى المستفيد. كما يُطلق على الشخص الذي يحصل على أموال أو ممتلكات من صندوق ائتماني أيضاً اسم المستفيد.
- **تعيين المستفيد:** ذلك الجزء من العقد الذي ينص على من يجب أن يكون المستفيد. على سبيل المثال، تعيين المستفيد في وثيقة التأمين على الحياة يكون الجزء الذي ينص على من سيحصل على المال بعد وفاتك.
- **الحارس أو الوصي:** شخص تعينه المحكمة لاتخاذ قرارات نيابة عن شخص آخر. يتخذ الحارس القرارات بخصوص الممتلكات والشؤون المالية. يتخذ الوصي القرارات بخصوص الشؤون الشخصية والرعاية الصحية.
- **اتفاقية ملكية مشتركة:** اتفاقية مكتوبة بين زوجين أو شريكين منزليين تنص على حصول طرف تلقائياً على جميع ممتلكات الطرف الآخر بعد وفاة الطرف الآخر.
- **دائم:** تعني كلمة "دائم" استمرار سريان وثيقتك القانونية، واحتفاظ وكيلك بقدرته على مساعدتك إذا أصبحت مريضاً أو مصاباً ولا تستطيع اتخاذ القرارات بنفسك.
- **شاهد عديم المصلحة:** شخص لا يعمل كمقدم خدمة صحية في منزلك أو في مرفق الرعاية طويلة الأمد الذي تقيم فيه، وليس قريبك عن طريق الدم أو الزواج، أو بموجب شراكة منزلية مسجلة بالحكومة.
- **كاتب العدل:** شخص مرخص من قبل الدولة ليشهد التوقيعات على الوثائق.
- **الممتلكات الشخصية:** أشياء مثل النقود والسندات والخلي والملابس والأثاث والسيارات.
- **الممتلكات العقارية:** المباني والأراضي.
- **إلغاء:** إنهاء سريان الوثيقة.
- **حقوق البقاء في الملكية بعد الوفاة:** اتفاقية مكتوبة بين الأشخاص الذين لديهم ملكية مشتركة معاً. وتنص الاتفاقية على أنه في حالة وفاة الشريك في الملكية يحصل الشريك الآخر تلقائياً على الملكية.
- **العهد:** اتفاق مكتوب يتم بموجبه إيداع الأموال والممتلكات في عهدة يديرها شخص واحد (الأمين) لصالح شخص أو أشخاص آخرين (المستفيد أو المستفيدين).. وعادة ما تحتاج لتكليف محام لإنشاء العهد.