



# Ủy Quyền Lâu Dài

## Ủy quyền nghĩa 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. Bộ tài liệu [Huỷ bỏ \(thu hồi\) Giấy Ủy Quyền](#) của chúng tôi có biểu mẫu và hướng dẫn thực hiện việc này.



Sau khi quý vị thu hồi giấy uỷ quyền cũ, quý vị có thể ký vào một mẫu giấy uỷ quyền mới để chọn một người đại diện khác. Trong giấy uỷ quyền mới, hãy đảm bảo tất cả các giấy uỷ quyền trước đó đều bị thu hồi.

## Nếu tôi cần trợ giúp về pháp lý thì sao?

- **Nộp đơn trực tuyến** - [nwjustice.org/apply-online](https://nwjustice.org/apply-online)
- **Quý vị đang đối mặt với vấn đề pháp lý ở Quận King** (trừ nguy cơ bị Trục Xuất hoặc Tịch Thu Tài Sản)? Hãy gọi 2-1-1 (hoặc số điện thoại miễn phí 1-877-211-9274) vào các ngày trong tuần từ 8:00 sáng - 6:00 chiều. Họ sẽ giới thiệu quý vị với một trợ giúp viên pháp lý.
- **Quý vị đang đối mặt với vấn đề pháp lý ở bên ngoài Quận King** (trừ nguy cơ bị Trục Xuất hoặc Tịch Thu Tài Sản)? Hãy gọi Đường Dây Nóng CLEAR theo số 1-888-201-1014 vào các ngày trong tuần từ 9:15 sáng - 12:15 chiều hoặc nộp trực tuyến tại trang [nwjustice.org/apply-online](https://nwjustice.org/apply-online).
- **Quý Vị Có Nguy Cơ Bị Trục Xuất?** Hãy gọi đến 1-855-657-8387.
- **Quý Vị Có Nguy Cơ Bị Tịch Thu Tài Sản?** Hãy gọi đến 1-800-606-4819.
- **Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên)** gặp vấn đề pháp lý bên ngoài Quận King cũng có thể gọi đến CLEAR\*Sr theo số 1-888-387-7111.

**Người gọi bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm thanh** có thể gọi bất kỳ số nào trong những số này bằng dịch vụ chuyển tiếp tự chọn.

**Có cung cấp thông dịch viên.**

---

Ấn phẩm này cung cấp thông tin chung liên quan đến quyền và trách nhiệm của quý vị. Ấn phẩm này không nhằm thay thế cho lời khuyên pháp lý cụ thể.

© 2024 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014 and Seattle University School of Law Clinical Program

(Quyền sao chép và phân phối chỉ được cấp cho Liên Minh Công Lý Bình Đẳng và các cá nhân nhằm mục đích phi thương mại.)



## Bảng Chú Giải Thuật Ngữ

- **Người đại diện:** là người đáng tin cậy quý vị chọn để giúp quý vị các vấn đề tài chính hoặc chăm sóc sức khỏe.
- **Người thụ hưởng:** người được nhận tiền hoặc tài sản. Ví dụ, nếu quý vị có bảo hiểm nhân thọ và quý vị qua đời, thì người nhận tiền bảo hiểm được gọi là người thụ hưởng. Người nhận tiền hoặc tài sản từ quỹ tín thác cũng được gọi là người thụ hưởng.
- **Chỉ Định Người Thụ Hưởng:** một phần của hợp đồng quy định ai sẽ là người thụ hưởng. Ví dụ, chỉ định người thụ hưởng trong một hợp đồng bảo hiểm nhân thọ là phần quy định ai sẽ nhận tiền bảo hiểm sau khi quý vị qua đời.
- **Người bảo hộ hoặc Người giám hộ:** là người được tòa án chỉ định để đưa ra các quyết định cho người khác. Người bảo hộ đưa ra các quyết định về các vấn đề tài sản và tài chính. Người giám hộ đưa ra các quyết định về các vấn đề cá nhân và chăm sóc sức khỏe.
- **Thoả Thuận Tài Sản Chung:** một thỏa thuận bằng văn bản giữa một cặp vợ chồng hoặc bạn đời quy định rằng khi một người này qua đời, tất cả tài sản của họ sẽ tự động chuyển sang người kia.
- **Lâu Dài:** “Lâu Dài” nghĩa là tài liệu của quý vị vẫn còn hiệu lực và người đại diện có thể tiếp tục giúp quý vị ngay cả khi quý vị bị ốm hoặc chấn thương và không thể tự đưa ra các quyết định.
- **Nhân Chứng Trung Lập:** là người không phải nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị hay có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc bạn đời có đăng ký với tiểu bang.
- **Công Chứng Viên:** là người được Tiểu Bang cấp phép chứng kiến việc ký tên lên các văn bản.
- **Tài Sản Cá Nhân:** những đồ vật như tiền, cổ phần, trang sức, quần áo, đồ gia dụng hoặc xe hơi.
- **Bất Động Sản:** nhà cửa và đất đai.
- **Thu Hồi:** huỷ bỏ.
- **Quyền của người còn sống:** một văn bản thỏa thuận giữa những người sở hữu tài sản chung. Thỏa thuận nói rằng khi một người đồng sở hữu qua đời, người đồng sở hữu kia sẽ tự động được hưởng toàn bộ tài sản đó.
- **Ủy Thác:** một văn bản thỏa thuận rằng tiền và tài sản thuộc sở hữu của một người ủy thác và được quản lý bởi một người ("người được ủy thác") vì lợi ích của một hoặc nhiều người khác ("người thụ hưởng" hoặc "những người thụ hưởng"). Thông thường quý vị cần thuê luật sư để lập một ủy thác.

# Ủy Quyền Tài Chính Lâu Dài

Tên tôi là \_\_\_\_\_.

Ngày sinh \_\_\_\_\_.

## 1. Người đại diện. Tôi chọn (tên):

\_\_\_\_\_ làm Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề tài chính của tôi.

- Người thay thế.** Nếu người đại diện có tên ở trên không thể hoặc không sẵn lòng hành động, tôi chọn (tên):

\_\_\_\_\_ là Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề tài chính của tôi.

- Người thay thế thứ 2.** Nếu cả người đại diện và người thay thế có tên ở trên không thể hoặc không sẵn lòng hành động, tôi chọn (tên):

\_\_\_\_\_ là Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề tài chính của tôi.

## 2. Các Quyền Của Tôi. Tôi giữ quyền ra các quyết định tài chính cho bản thân nếu tôi có đủ khả năng.

## 3. Lâu Dài. Người Đại diện của tôi có thể sử dụng giấy ủy quyền này để quản lý các vấn đề tài chính của tôi ngay cả khi tôi bị bệnh hoặc bị tổn thương và không thể tự đưa ra quyết định. Tình trạng tàn tật của tôi sẽ không ảnh hưởng đến ủy quyền này.

## 4. Ngày Bắt Đầu. Giấy ủy quyền này có hiệu lực: (đánh dấu vào một ô)

- Ngay lập tức
- Chỉ khi nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi ký một lá thư nói rằng tôi không thể tự đưa ra quyết định.

# Durable Power of Attorney for Finances

My name is \_\_\_\_\_.

My date of birth is \_\_\_\_\_.

## 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.

## 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.

**5. Ngày Hết Hạn.** Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn nếu tôi hủy bỏ hoặc khi tôi qua đời. Nếu vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống của tôi là Người đại diện của tôi, thì giấy ủy quyền này sẽ chấm dứt nếu một trong hai chúng tôi nộp đơn ly hôn lên tòa án.

**6. Thu Hồi.** Tôi thu hồi bất kỳ giấy ủy quyền nào khác đối với các tài liệu tài chính mà tôi đã ký trước đây. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản về việc thu hồi cho Người đại diện của tôi.

**7. Quyền Hạn.** Người Đại diện của tôi sẽ có mọi quyền hạn và thẩm quyền để làm bất cứ điều gì một cách đầy đủ và hiệu quả như tôi có thể tự mình làm, bao gồm, nhưng không giới hạn ở quyền:

- ✓ Gửi tiền vào, và thanh toán từ, bất kỳ tài khoản nào đứng tên tôi ở bất kỳ tổ chức tài chính nào
- ✓ Mở và lấy bất cứ đồ vật nào khỏi bất kỳ hộp ký gửi an toàn nào đứng tên tôi
- ✓ Bán, trao đổi, hoặc chuyển giao quyền sở hữu cổ phiếu, trái phiếu hoặc các chứng khoán khác
- ✓ Bán, chuyển nhượng, hoặc thế chấp bất kỳ bất động sản hoặc tài sản cá nhân
- ✓ Đăng ký và quản lý các phúc lợi của chính phủ, bao gồm cả Medicaid

**8. Quyền Hạn Đặc Biệt.** Người đại diện của tôi cũng có các quyền hạn sau:

- |                             |                                |   |
|-----------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | Tặng quà bằng tiền hoặc tài sản của tôi   |
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | Tạo, thay đổi, hoặc hủy bỏ quyền của người còn sống của tôi                         |
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | Tạo, thay đổi, hoặc hủy bỏ chỉ định người thụ hưởng                                 |
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | Từ bỏ quyền của tôi để trở thành người thụ hưởng niên kim hoặc chương trình hưu trí |

**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

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

**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

- Có  Không Tạo, thay đổi, hoặc huỷ bỏ một uỷ thác
- Có  Không Yêu cầu người được uỷ thác thực hiện phân phối từ một uỷ thác giống như tôi có thể
- Có  Không Tạo, thay đổi, hoặc huỷ bỏ thỏa thuận tài sản chung
- Có  Không Chuyển giao thẩm quyền trong tài liệu này cho người khác

- 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. Kế toán.** Người Đại diện của tôi sẽ lưu giữ hồ sơ chính xác về các vấn đề tài chính của tôi và xuất trình những hồ sơ này theo yêu cầu của tôi.

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

**10. Chỉ Định Người Giám hộ hoặc Người Bảo hộ.** Tôi chỉ định Người Đại diện của tôi làm người bảo hộ để tòa án xem xét nếu cần các thủ tục làm bảo hộ.

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

**11. Tiết Lộ HIPAA.** Tôi cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tiết lộ tất cả thông tin được quản lý theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải Trình và Cung cấp Thông tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA) cho Người Đại diện của tôi.

**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.

Ngày: _____ _____ Chữ ký của tôi (trước mặt công chứng viên)	Date  My signature (in front of a notary)
--	---

**Notarization (Công Chứng)**

State of Washington (Tiểu Bang Washington)

County of (Quận) \_\_\_\_\_

This document was acknowledged before me on (date) \_\_\_\_\_.

(Văn bản này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày (ngày))

by (name) / bởi (tên) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Notary  
 (Chữ ký của Công Chứng Viên)  
 Notary Public for the State of Washington.  
 (Dịch Vụ Công Chứng Của Tiểu Bang Washington.)  
 My commission expires \_\_\_\_\_  
 (Phận sự của tôi kết thúc vào)

# Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Lâu Dài

Tên tôi là \_\_\_\_\_.

Ngày sinh \_\_\_\_\_.

## 1. Người đại diện. Tôi chọn (tên):

\_\_\_\_\_ làm Người đại diện có toàn quyền quản lý việc chăm sóc sức khỏe của tôi.

- Người thay thế.** Nếu người đại diện có tên ở trên không thể hoặc không sẵn lòng hành động, tôi chọn (tên):

\_\_\_\_\_ là Người đại diện có toàn quyền quản lý việc chăm sóc sức khỏe của tôi.

- Người thay thế thứ 2.** Nếu cả người đại diện và người thay thế có tên ở trên không thể hoặc không sẵn lòng hành động, tôi chọn (tên):

\_\_\_\_\_ là Người đại diện có toàn quyền quản lý các vấn đề chăm sóc sức khỏe của tôi.

## 2. Các Quyền Của Tôi. Tôi giữ quyền ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân nếu tôi có đủ khả năng.

## 3. Lâu Dài. Người Đại diện của tôi có thể sử dụng giấy ủy quyền này để quản lý các vấn đề của tôi ngay cả khi tôi bị bệnh hoặc bị tổn thương và không thể tự đưa ra quyết định. Tình trạng tàn tật của tôi sẽ không ảnh hưởng đến ủy quyền này.

## 4. Ngày Bắt Đầu. Giấy ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày tôi ký.

## 5. Ngày Hết Hạn. Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn nếu tôi hủy bỏ hoặc khi tôi qua đời. Nếu vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống của tôi là Người đại diện của tôi, thì giấy ủy quyền này sẽ chấm dứt nếu một trong hai chúng tôi nộp đơn ly hôn lên tòa án.

# Durable Power of Attorney for Health Care

My name is \_\_\_\_\_.

My date of birth is \_\_\_\_\_.

## 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.

## 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.

**6. Thu Hồi.** Tôi thu hồi bất kỳ giấy ủy quyền nào khác đối với các tài liệu chăm sóc sức khỏe mà tôi đã ký trước đây. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản về việc thu hồi cho Người đại diện của tôi.

**7. Quyền Hạn.** Người Đại diện của tôi sẽ có mọi quyền hạn và thẩm quyền để làm bất cứ điều gì một cách đầy đủ và hiệu quả như tôi có thể tự mình làm, bao gồm, nhưng không giới hạn ở quyền:

- ✓ Đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe và chấp thuận có hiểu biết đối với việc chăm sóc sức khỏe của tôi
- ✓ Từ chối và rút lại chấp thuận chăm sóc sức khỏe của tôi
- ✓ Sử dụng và sa thải các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của tôi
- ✓ Nộp đơn xin và đồng ý cho tôi vào một cơ sở y tế, điều dưỡng, nội trú hoặc cơ sở tương đồng khác **không phải** là cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần
- ✓ Là đại diện cá nhân của tôi đối với tất cả các mục đích theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải Trình và Cung cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) năm 1996, đã sửa đổi
- ✓ Đến thăm tôi tại bất kỳ bệnh viện hoặc cơ sở y tế nào khác nơi tôi cư trú hoặc điều trị

**8. Các phúc lợi của Chính phủ.** Người Đại diện của tôi sẽ có mọi quyền hạn và thẩm quyền để thay mặt tôi sắp xếp và quản lý tất cả các phúc lợi của chính phủ, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc ký và chấp thuận các đơn đăng ký, hợp đồng, thỏa thuận tái xét tính hội đủ điều kiện liên tục và các kế hoạch chăm sóc đối với các phúc lợi và dịch vụ của liên bang và tiểu bang về trợ cấp tiền mặt, thực phẩm, y tế, nhà ở và chăm sóc lâu dài.

**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

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.



**9. Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần.** Người Đại diện của tôi **không** được phép thu xếp giao phó hoặc đưa tôi vào một cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần. Người Đại diện của tôi **không** được phép chấp thuận liệu pháp sốc điện, phẫu thuật tâm thần hoặc các thủ thuật tâm thần hoặc sức khỏe tâm thần khác nhằm hạn chế quyền tự do di chuyển thể chất.

**10. Kế Toán.** Người Đại diện của tôi sẽ lưu giữ hồ sơ chính xác về các vấn đề tài chính của tôi và xuất trình những hồ sơ này theo yêu cầu của tôi.

**11. Chỉ Định Người Giám hộ.** Tôi chỉ định Người Đại diện của tôi làm người giám hộ để tòa án xem xét nếu cần các thủ tục làm giám hộ.

**12. Tiết Lộ HIPAA.** Tôi cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tiết lộ tất cả thông tin được quản lý theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải Trình và Cung cấp Thông tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA) cho Người Đại diện của tôi.

Tôi tự nguyện ký vào đây cho các mục đích được nêu trong văn bản này.

**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.

**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.

Ngày: \_\_\_\_\_

▶ \_\_\_\_\_

Chữ ký của tôi (trước mặt công chứng viên hoặc chứng)

Date

My signature (in front of a notary or witnesses)

### Notarization (Công Chứng)

State of Washington (Tiểu Bang Washington)

County of (Quận) \_\_\_\_\_

This document was acknowledged before me on (date) \_\_\_\_\_.

(Văn bản này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày (ngày))

by (name) / bởi (tên) \_\_\_\_\_.

▶ \_\_\_\_\_

Signature of Notary  
(Chữ ký của Công Chứng Viên)

Notary Public for the State of Washington.

(Dịch Vụ Công Chứng Của Tiểu Bang Washington.)

My commission expires \_\_\_\_\_

(Phận sự của tôi kết thúc vào)

## Tuyên bố của Nhân chứng

(chỉ áp dụng nếu quý vị không tìm được dịch vụ công chứng)

Vào (ngày) \_\_\_\_\_, (tên) \_\_\_\_\_ đã ký

vào Giấy Ủy Quyền Lâu Dài trước sự chứng kiến của tôi. Tôi đồng ý làm chứng chữ ký theo yêu cầu của họ.

- Tôi không có quan hệ họ hàng với người này về mặt huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ đối tác chung sống đã đăng ký tại tiểu bang.
- Tôi không chăm sóc cho người này tại nhà hoặc cơ sở chăm sóc lâu dài.

### Nhân Chứng 1

▶ \_\_\_\_\_  
Chữ Ký

\_\_\_\_\_  
Tên Viết Hoa

Địa Chỉ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Điện Thoại \_\_\_\_\_

### Nhân Chứng 2

▶ \_\_\_\_\_  
Chữ Ký

\_\_\_\_\_  
Tên Viết Hoa

Địa Chỉ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Điện Thoại \_\_\_\_\_

## 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

# Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Lâu Dài

## Đính kèm: Thông tin Liên Lạc

### Durable Power of Attorney for Health Care

#### Attachment: Contact Info

#### Thông tin của tôi

Họ tên của tôi \_\_\_\_\_

Ngày sinh của tôi \_\_\_\_\_

Số điện thoại của tôi \_\_\_\_\_

Địa chỉ email của tôi \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư của tôi \_\_\_\_\_

Nhà cung cấp dịch vụ y tế chính của tôi \_\_\_\_\_

#### My information

My name

My date of birth

My phone number

My email address

My mailing address

My primary care medical provider

#### Giấy uỷ quyền

Tôi có **Giấy Ủy Quyền Dài Hạn** cho phép người khác (“đại diện”) của tôi đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể.

#### 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.

#### Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Họ tên Người đại diện \_\_\_\_\_

Mối quan hệ của đại diện của tôi với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) \_\_\_\_\_

Số điện thoại của người đại diện của tôi \_\_\_\_\_

Địa chỉ email của đại diện của tôi \_\_\_\_\_

#### My health care agent

Agent's name

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

My agent's phone number

My agent's email address

#### Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi (nếu có)

Họ tên của Người đại diện thay thế \_\_\_\_\_

Mối quan hệ của đại diện thay thế của tôi với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) \_\_\_\_\_

#### My alternate health care agent (if any)

Alternate agent's name

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

Số điện thoại của người đại diện thay thế của tôi \_\_\_\_\_

My alternate agent's phone number

Địa chỉ email của đại diện thay thế của tôi \_\_\_\_\_

My alternate agent's email address

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ 2 của tôi (nếu có)**

**My 2nd alternate health care agent (if any)**

Họ tên của Người thay thế thứ 2 \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> alternate's name

Mối quan hệ của Người thay thế thứ 2 với tôi (bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> alternate's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Số điện thoại của người thay thế thứ 2 \_\_\_\_\_

2nd alternate's phone number

Địa chỉ email của người thay thế thứ 2 \_\_\_\_\_

2nd alternate's email address