



## 계속적 위임장

---

### 위임장이란 무엇인가?

위임장이란 당신의 재정 및/또는 건강 관리에 관한 결정을 하는데 당신을 돕기 위하여 신임하는 친구 또는 친척을 선택하게 해 줍니다. 이 서류를 당신이 서명한 후 당신이 선택한 사람은 위임장을 당신의 의료 제공자, 은행, 학교 및 그 외 다른 곳에 갖고 가서 그 사람이 마치 당신 자신이 하는 것과 똑같이 결정하고 서명하게 해 줍니다.

당신의 재정/및 또는 건강 관리에 관하여 결정하는데 당신을 돕도록 당신이 선택하는 신임하는 친구 또는 친척을 당신의 “대리인”이라고 합니다.

### 나의 서류를 공증인 앞에서 서명해야 하나요?

당신은 공증인 앞에서 당신의 계속적 위임장에 서명해야 합니다. 만약 공증인을 찾을 수 없을 경우, 그 대신 당신은 “이해관계가 없는” 두 사람의 증인들 앞에서 서명할 수도 있습니다. 그러나, 특히 당신이 재정을 위한 계속적 위임장에 서명할 경우에는 공증인 앞에서 서명하는 것이 더 좋은 방법입니다.

### 서류에 서명한 후 나는 무엇을 해야 하나요?

당신이 당신의 서류를 서명한 후, 2 부의 복사본을 만드십시오. 원본은 당신의 대리인에게 주고, 복사본은 대체 대리인에게 주고 두 번째 복사본은 당신 자신용으로 보관하십시오.

### 내가 나의 위임장을 변경하고 새 대리인을 선택할 수 있습니까?

당신은 언제라도 당신의 대리인에게 보내는 서면 통지서와 함께 당신의 위임장을 철회 (취소)할 수 있습니다. “철회 통지서”의 견본이 이 패킷에 포함되어 있습니다. 당신은 또한 당신의 의료 제공자, 은행, 학교 및 이전에 위임장을 받아 드렸을 가능성이 있는 그 외 다른 곳에도 서면 통지서의 사본을 줄 수 있습니다.

## 나에게 법률적 도움이 필요하면 어떻게 해야 하나요?

만약 당신이 킹 카운티 밖에 거주하고 있으면 CLEAR 긴급 통화 선 1-888-201-1014 으로 월 - 금 오전 9 시 10 분에서 12 시 25 분까지 전화하십시오. 당신은 또한 <http://nwjustice.org/get-legal-help> 에 접속하여 온라인으로 신청할 수도 있습니다.

만약 당신이 킹 카운티 안에 거주하고 있으면 월 - 금요일 오전 8 시부터 오후 6 시까지 211 에 전화하여 정보와 법률 서비스 제공 기관을 소개받을 수 있습니다. 아래 사이트에서 온라인으로 더 자세한 정보를 찾을 수 있습니다: [www.resourcehouse.com/win211/](http://www.resourcehouse.com/win211/).

전화를 건 사람이 청각 장애인 또는 난청자일 경우에는 그들이 선택하는 교환원의 도움을 받아 CLEAR 또는 211 (또는 무료 통화 선 1-877-211-9274)에 전화할 수 있습니다.

무료 법률교육 출판물, 비디오 및 많은 법률문제를 다루고 있는 자습 패킷들을 [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org) 에서 찾아볼 수 있습니다.

---

이 출판물은 당신의 권리와 책임에 관한 일반적인 정보를 제공해 줍니다.  
이 출판물은 특정 법률 자문을 대신하게 하려는 의도로 만들어 진 것이 아닙니다.

복제 및 배포 허가는 Alliance for Equal Justice [평등 사법을 위한 연합] 및 비 상업적인 목적으로 사용하는 개인들에게만 부여합니다

## Durable Power of Attorney for Finances

### 계속적 재무 위임장

For/[아래 사람을]위함

---

[My Name/ (나의 이름)]

- 1. Agent.** I choose \_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my finances.  
(대리인. 나는 \_\_\_\_을(를) 나의 재무를 관리할 전면적인 권한을 가진 대리인으로 선임한다.)
- 2. Alternate.** If \_\_\_\_\_ is unable or unwilling to act, I choose \_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my finances.  
(대체 대리인. 만약 \_\_\_\_개(이) 대리를 할 수 없거나 대리할 의사가 없을 경우, 나는 나의 재무를 관리할 전면적인 권한을 가진 대리인으로 \_\_\_\_을(를) 선임한다.)
- 3. My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself as long as I am capable.  
(나의 권리. 나는 나에게 능력이 있는 한 나 혼자의 힘으로 재무를 결정할 권리를 유지한다.)
- 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.  
(계속적. 나의 대리인은 비록 내가 앓거나 다쳐서 나 혼자의 힘으로 결정을 할 수 없을 경우에도 나의 재무를 관리하기 위한 이 위임장을 사용할 수 있다. 이 위임장은 내가 불구자가 되더라도 그에 영향을 받지 않는다.)
- 5. Start Date.** This power of attorney document is effective: (check one)  
(시작 날짜. 이 위임장은 아래와 같이 효력을 발생한다. (한 곳에 표시할 것))

Immediately (즉시)

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.  
(나의 의료 제공자가 서면으로 내가 나 자신의 힘으로 결정을 할 수 없다는 편지에 서명을 할 때에만.)

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.

(**끝 날짜.** 이 위임장의 효력은 내가 취소하거나 내가 죽을 때 끝난다. 만약 나의 배우자 또는 동거 파트너가 나의 대리인일 경우, 이 위임장 두 사람 중 하나가 법원에 이혼을 신청하면 끝난다.)

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.

(**취소.** 나는 과거에 서명했던 재무 위임장들 중 어느 것이라도 모두 취소한다. 나는 언제라도 나의 대리인에게 서면 통고를 함으로써 이 위임장을 취소할 수 있다는 것을 알고 있다.)

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)

(**권한.** 나의 대리인은 어떤 금융 기관이라도 내 명의로 되어있는 계좌에 입금하고, 그 계좌에서 지불하고, 내 명의로 안전 금고를 열고 어떤 품목이라도 꺼내고, 주식, 채권 또는 그 외 다른 증권들의 소유권을 팔거나, 거래하거나 양도할 수 있으며, 또한 어떤 부동산이나 동산이라도 양도하거나 저당할 수 있는 권한을 포함하여 나 자신이 할 수 있는 모든 것을 총만이 효과적으로 수행할 수 있는 전면적인 권한을 가진다. 나의 대리인은 또한 다음과 같은 **특별 권한**도 가진다. (해당되는 곳에 모두 표시할 것)

create, amend, revoke, or terminate a living trust  
(생전신탁을 설립, 수정, 취소 또는 해지할 권한)

make gifts of my money or property  
(나의 돈이나 재산을 증여할 권한)

- create or change my rights of survivorship  
(나의 생존자권을 설정하거나 변경할 권한)
- create or change my beneficiary designation(s)  
(나의 수혜자 지명(들)을 설정하거나 변경할 권한)
- delegate some authority granted in this document to someone else  
(이 서류에 승인된 일부 권한을 다른 사람에게 위임할 권한.)
- waive my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan  
(연금 또는 퇴직금 적립 계획의 수혜 자격을 포기할 권한)
- create, amend, revoke, or terminate my community property agreement  
(나의 공동 재산 합의를 작성, 수정 또는 해지할 권한)
- tell a trustee to make distributions from a trust just as I could  
(신탁 관리자에게 신탁금을 내 자신이 할 수 있듯이 분배하라고 말할 권한)

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.  
(구속력 있는 분쟁 전 중재에 합의할 권한이 없음. 나의 대리인은 분쟁 전 중재 또는 나의 배심 권, 금전 청구소송, 또는 집단 소송 참여를 제약하는 나 개인 또는 재산에 관련된 그 외 절차에 동의하는 권한을 가지지 못한다.)
10. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my finances and show these records to me at my request.  
(회계. 나의 대리인은 나의 재무에 관한 정확한 기록을 유지하고 내가 요청할 때 그 기록을 보여주어야 한다)
11. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as the guardian of my estate for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.  
(후견인의 지명. 만약 후견인 절차가 필요할 경우 나는 나의 대리인을 법원이 정하는 보수를 받는 후견인으로 지명한다.)
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.  
(HIPAA [건강보험 이동 및 회계 책임 법] 공개. 나는 나의 보건관리 제공자가 나의

대리인에게 1996년 건강보험 이동 및 회계 책임 법 (HIPAA)의 규정에 따르는 모든 정보를  
공개하도록 허락한다.]

\_\_\_\_\_  
My Signature/ ( 나의 서명)

\_\_\_\_\_  
Date/ ( 날짜)

**Notarization**

State of Washington/ ( 워싱턴 주)

County of \_\_\_\_\_/ ( 카운티)

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.

(나는 \_\_\_\_\_ (가) 내 앞에서 위의 서명을 하고 그 서명은 이 서류에 언급된  
목적으로 자유로이 또한 자진하여 한 것임을 내가 알고 있거나 그에 대한 만족할 만한 증거를 가지고  
있음을 증명합니다.)

\_\_\_\_\_  
Date ( 날짜)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF NOTARY ( 공증인의 서명)  
NOTARY PUBLIC for the State of Washington  
( 워싱턴 주 공증인)  
My commission expires \_\_\_\_\_.  
( 나의 임기 공증인 직 만료일 \_\_\_\_\_. )

# Durable Power of Attorney for Health Care

## 계속적 건강 관리 위임장

For

[아래 사람을] 위한

\_\_\_\_\_  
[My Name/ (나의 이름)]

- 1. Agent.** I choose \_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my health care.  
(대리인. 나는 \_\_\_\_\_ 을(를) 나의 건강을 관리할 전면적인 권한을 가진 대리인으로 선임한다.)
- 2. Alternate.** If \_\_\_\_\_ is unable or unwilling to act, I choose \_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my health care.  
(대체 대리인. 만약 \_\_\_\_\_ 이 대리를 할 수 없거나 할 의사가 없을 경우, 나는 나의 건강을 관리할 전면적인 권한을 가진 대리인으로 \_\_\_\_\_ 을(를) 선임한다.)
- 3. My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself as long as I am capable.  
(나의 권리. 나는 나에게 능력이 있는 한 나 혼자의 힘으로 건강관리 결정을 할 권리를 유지한다.)
- 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.  
(계속적. 나의 대리인은 비록 내가 앓거나 다쳐서 나 혼자의 힘으로 결정을 할 수 없을 경우에도 나의 위임사항을 관리하기 위한 이 위임장을 사용할 수 있다. 이 위임장은 내가 불구자가 되더라도 그에 영향을 받지 않는다.)
- 5. Start Date.** This power of attorney document is effective on the day I sign it. .  
(시작 날짜. 이 위임장은 내가 서명한 날부터 효력을 발생한다.)

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.

(**끝 날짜.** 이 위임장의 효력은 내가 취소하거나 내가 죽을 때 끝난다. 만약 나의 배우자 또는 동거 파트너가 나의 대리인일 경우, 이 위임장 두 사람 중 하나가 법원에 이혼을 신청하면 끝난다.)

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.

(**취소.** 나는 과거에 서명했던 건강 관리 위임장들 중 어느 것이라도 모두 취소한다. 나는 언제라도 나의 대리인에게 서면 통고를 함으로써 이 위임장을 취소할 수 있다는 것을 알고 있다.)

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.

(**권한.** 나의 대리인은 건강 관리 결정을 하고, 나의 건강 관리에 동의하고, 나의 건강 관리를 거부 및 동의하고, 나의 건강 관리 제공자들을 고용 및 해고하며, 나의 의료, 양로, 재택 또는 정신 건강치료 시설이 아닌 다른 유사 시설에 입원을 신청 및 동의하고, 1996 년 건강보험 이동 및 회계 책임 개정 법(HIPPA)에 따르는 나의 다목적 개인 대리인이 되며, 내가 거주하거나 치료를 받는 모든 병원 또는 의료 시설을 방문하는 것을 포함하여 나 자신이 할 수 있는 모든 것을 충만이 효과적으로 수행할 전면적인 권한을 가진다.)

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.

(**정신 건강 치료.** 나의 대리인은 내가 정신 건강 치료 시설에 위탁 또는 배치되는 것을 주선할 권한을 갖지 못한다. 나의 대리인은 전기충격 요법, 정신외과 또는 그 외 신체적 동작의 자유를 제약하는 정신 또는 정신 건강 의료 방법에 동의할 권한을 갖지 못한다.)



10. **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.

(구속력 있는 분쟁 전 중재에 합의할 권한이 없음. 나의 대리인은 분쟁 전 중재 또는 나의 배심권, 금전 청구소송, 또는 집단 소송 참여를 제약하는 나 개인 또는 재산에 관련된 그 외 절차에 동의하는 권한을 가지지 못한다.)

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

(회계. 나의 대리인은 나의 재무에 관한 정확한 기록을 유지하고 내가 요청할 때 그 기록을 보여주어야 한다)

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

(후견인의 지명. 만약 후견인 절차가 필요할 경우 나는 나의 대리인을 법원이 정하는 보수를 받는 후견인으로 지명한다.)

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.

(HIPAA [건강보험 이동 및 회계 책임 법] 공개. 나는 나의 보건관리 제공자가 나의 대리인에게 1996년 건강보험 이동 및 회계 책임 법 (HIPAA)의 규정에 따르는 모든 정보를 공개하도록 허락한다.)

\_\_\_\_\_  
My Signature/ ( 나의 서명)

\_\_\_\_\_  
Date/ ( 날짜)

**Notarization (preferred (공증 (선호함))**

State of Washington/ ( 워싱턴 주)

County of \_\_\_\_\_/ ( 카운티)

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.

(나는 \_\_\_\_\_ 개이) 내 앞에서 위의 서명을 하고 그 서명이 이 서류에 언급된 목적으로 자유로이 또한  
자진하여 서명함을 인정했음을 내가 알거나 그에 대한 만족 할 만한 증거가 있음을 증명합니다.)

\_\_\_\_\_  
Date (날짜)

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary (공증인 서명)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

(워싱턴 주 공증인)

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

(나의 공증인 직 임기 만료일 \_\_\_\_\_)

### Statement of Witnesses (alternative) 증인들의 진술 (다른 방법)

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.

(\_\_\_\_\_ (날짜) 이 서류의 진술인은 내 앞에서 이 서류에 서명했습니다. 나는 진술인이  
건강관리 결정을 하고, 이 서류에 서명하고, 이 서류에 자진해서 서명할 능력이 있다고 믿습니다)

- I am not related to the principal by blood or marriage, or state registered domestic partnership; to  
the declarer.

나는 진술인과 혈연, 혼인 또는 주 정부에 등록된 동서거관계에 의한 관계가 없습니다.

- 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.

(나는 진술인의 가내 간병인도 가정 또는 진술인이 거주하는 장기 간병 시설의 의료 제공자도  
아닙니다.)

**Witness 1**

(증인 1)

**Witness 2**

(증인 2)

\_\_\_\_\_  
Signature  
(서명)

\_\_\_\_\_  
Signature  
(서명)

\_\_\_\_\_  
Print Name  
(인쇄체 이름)

\_\_\_\_\_  
Print Name  
(인쇄체 이름)

\_\_\_\_\_  
Address  
(주소)

\_\_\_\_\_  
Address  
(주소)

## Revocation of Durable Power of Attorney

### 계속적 위임장의 취소

For/ ([다음을] 위한)

Finances/ (재무)

Health Care/ (건강 관리)

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

(나, \_\_\_\_\_는(은) 이로서 내가 \_\_\_\_\_에게 주었던 위임장을 철회합니다.)

\_\_\_\_\_  
Signature/ (서명)

\_\_\_\_\_  
Date/ (날짜)

Notarization (optional)/ (공증)

State of Washington/ (워싱턴 주)

County of \_\_\_\_\_/ (카운티)

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.

(나는 \_\_\_\_\_이 내 앞에서 위의 서명을 하고 그 서명이 이 서류에 언급된 목적으로 자유로이 또한 자진하여 서명함을 인정했음을 내가 알거나 그에 대한 만족 할 만한 증거가 있음을 증명합니다.)

\_\_\_\_\_  
Date (날짜)

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary (공증인의 서명)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

(워싱턴 주 공증인)

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

(나의 공증인 직 만료일)

## 용어 사전

---

다음은 위임장을 읽을 때 도움이 될 수 있는 용어들입니다:

- **대리인:** 당신의 재무 또는 건강 관리에 도움을 주도록 당신이 선택하는 신뢰하는 사람.
- **수익자:** 돈이나 재산을 받는 사람. 예를 들면, 당신이 생명 보험을 가지고 있다가 사망할 경우에 보험금을 받는 사람을 수익자라고 합니다. 신탁에서 돈이나 재산을 받는 사람도 또한 수익자라 합니다.
- **수익자 지정:** 계약서에 누가 수익자가 되어야 하는지를 말해 주는 부분. 예를 들면, 생명보험 증권에서 수익자 지정은 내가 사망하면 누가 수익자가 될 것인가를 말해주는 부분입니다.
- **구속력 있는 중재:** 어떤 회사와의 법적 분쟁을 법정 밖에서 해결하는 절차. 보통 중재는 배심 재판받을 권리를 제한하며, 당신이 받을 수 있는 판결 금액을 제한하며, 또한 그 회사를 대상으로 집단 소송을 제기하는 것을 금합니다. 또한, 중재인은 통상적으로 회사가 선택합니다.
- **공동 재산 합의서:** 결혼 부부 또는 동거 파트너 사이의 서면 합의서로 한 쪽이 사망하면 그들의 모든 재산이 자동적으로 다른 쪽으로 간다고 규정합니다.
- **계속적:** “계속적”이란 당신의 서류가 아직도 법률적 효력을 가지고 있으며 비록 당신이 병을 앓고 있거나 다쳐서 스스로 결정을 할 수 없더라도 대리인이 계속 당신을 도와줄 수 있다는 것을 의미합니다.
- **이해관계 없는 증인:** 당신의 집 또는 장기 간병 시설에서 보건의료를 제공하거나 혈연에 의한 친인척 관계이거나 주정부에 동거 파트너로 등록되지 않은 사람.
- **공증인:** 서류에 서명하는 하는 것을 입회하도록 주에서 면허한 사람. 당신은 공증인 앞에서 위임장 서류를 서명하여야 하며 공증인도 그 서류에 서명하고 공식적 공증인 인장을 날인하여야 합니다.
- **개인 재산:** 현금, 주식, 보석, 의류, 가구 또는 자동차 같은 물건들.
- **부동산:** 건물과 토지

- **철회하다:** 취소하다
- **생존자의 권리:** 재산을 함께 소유하고 있는 사람들 간의 합의서. 합의서는 한 소유자가 사망할 때 다른 공동 소유자(들)이 자동적으로 그 재산을 갖게 된다고 규정하고 있습니다.
- **신탁:** 신탁이 소유하고 한 사람 (수탁인)이 다른 사람이나 사람들 (피신탁인 또는 피신탁인들)을 위하여 관리하는 돈과 재산에 관련된 서면 합의서. 통상적으로 신탁을 설정하려면 변호사를 필요로 합니다.
- **피신탁인/수탁자:** 신탁을 관리하는 사람.