

## Долгосрочная доверенность в отношении финансовых вопросов

Мое имя: \_\_\_\_\_.

Дата моего рождения: \_\_\_\_\_.

### 1. Представитель. Я выбираю (имя):

\_\_\_\_\_ своим Представителем с полным правом управлять моими финансовыми средствами.

- ☐ **Альтернативный представитель.** Если представитель, указанный выше, не может или не желает действовать, я выбираю(имя):

\_\_\_\_\_ в качестве своего представителя с полными полномочиями по управлению моими средствами.

- ☐ **Второй альтернативный представитель.** Если мой Представитель и Альтернативный представитель, указанные выше, не смогут или не пожелают действовать, я выбираю (имя):

\_\_\_\_\_ своим Представителем, с полным правом управлять моими финансовыми средствами.

### 2. Мои права. Я сохраняю за собой право принимать за себя решения в отношении финансовых средств так долго, как я в состоянии их принимать.

### 3. Долгосрочное действие. Мой Представитель может пользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы принимать за меня решения в отношении финансовых вопросов, даже если я заболею или перенесу травму и не смогу принимать такие решения самостоятельно. Ограничение моих возможностей не повлияет на действие настоящей доверенности.

### 4. Дата начала действия. Настоящая доверенность вступает в силу: (отметить одно)

- ☐ Немедленно.

## 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

- ☐ Только в том случае, если медицинский работник подпишет письмо, уведомляющее о том, что я не могу принимать решения самостоятельно.

**5. Дата окончания действия.** Действие настоящей доверенности закончится в случае, если я отзову ее, или в случае моей смерти. Если моим Представителем является супруг (супруга) или сожитель (сожительница), действие настоящей доверенности закончится, если один из нас подаст в суд заявление на развод.

**6. Отзыв доверенностей.** Я отзываю любую подписанную мною в прошлом доверенность в отношении финансовых вопросов. Я понимаю, что могу отозвать настоящую доверенность в любое время, направив моему Представителю письменное уведомление об отзыве.

**7. Полномочия.** Моему Представителю предоставляются все полномочия и права на осуществление любых действий в той же мере и так же эффективно, как если бы эти действия осуществлялись мной самостоятельно, в том числе:

- ✓ право депонировать финансовые средства на любые счета, зарегистрированные под моим именем в любом финансовом учреждении, и изымать финансовые средства с таких счетов;
- ✓ право открывать любой зарегистрированный под моим именем сейф и удалять из такого сейфа любые содержащиеся в нем предметы;
- ✓ право продавать и обменивать акции, облигации и другие ценные бумаги и передавать право собственности на такие акции, облигации и другие ценные бумаги;
- ✓ право продавать, передавать или обременять задолженностями любое недвижимое или личное имущество;
- ✓ право подавать заявления на государственные льготы, включая Medicaid.

**8. Особые полномочия.** Моему Представителю также представляются следующие полномочия:

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
- ✓ 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:

- ☐ да ☐ нет дарить мои денежные средства или имущество
- ☐ да ☐ нет создавать, изменять или отменять права наследования, возникающие в результате моей смерти
- ☐ да ☐ нет назначать бенефициаров, а также изменять или отменять их назначение
- ☐ да ☐ нет приостанавливать действие моего права быть бенефициаром аннуитета или пенсионного плана
- ☐ да ☐ нет создавать доверительные фонды, а также вносить в них изменения или отменять их создание
- ☐ да ☐ нет давать указания управляющему о распределении средств доверительного фонда таким же образом, каким бы это сделал я сам
- ☐ да ☐ нет подписывать соглашения об общем имуществе, а также вносить в них изменения или отменять их подписание
- ☐ да ☐ нет передавать полномочия, предусмотренные настоящим документом, третьим лицам

- 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
- 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. Финансовый учет.** Мой Представитель обязан вести точные учетные записи, относящиеся к состоянию моих финансовых средств, и предоставлять мне эти записи по требованию.

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

**10. Назначение опекуна.** На случай, если перед судом возникнет необходимость назначения опекуна, я выдвигаю на эту роль кандидатуру моего Представителя.

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

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

**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.

Дата: \_\_\_\_\_

← Date

► \_\_\_\_\_

← My signature (in front of a notary)

Подписано мною (в присутствии нотариуса)

### Notarization / Нотариальное заверение

State of Washington (*Штат Вашингтон*)

County of (*Округ*) \_\_\_\_\_

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

*Настоящий документ был зарегистрирован в моем присутствии (дата)*

by (*name*) (*имя подписанта*) \_\_\_\_\_.



Signature of Notary (*Подпись нотариуса*)

Notary Public for the State of Washington.

(*Нотариус штата Вашингтон*).

My commission expires (*Мои полномочия истекают*)