

## លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំគឺ \_\_\_\_\_។

### 1. ភ្នាក់ងារ។ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ)៖

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជន្មស។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិនសុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ)៖

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងការ ថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

- ☐ អ្នកចា់ជន្មសទី 2។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារ នឹងអ្នកចា់ជន្មសដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬមិន សុខចិត្តធ្វើការ ខ្ញុំជ្រើសរើស (ឈ្មោះ)៖

ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំដែលមានសិទ្ធិអំណាចពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងការ ថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

### 2. សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំរក្សាសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើខ្ញុំមានសមត្ថភាព។

### 3. អចិន្ត្រៃយ៍។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំអាចប្រើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះដើម្បីគ្រប់គ្រងកិច្ចការរបស់ខ្ញុំ ទោះបី ជាខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬរងរបួស ហើយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងក៏ ដោយ។ ពិការភាពរបស់ខ្ញុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះទេ។

### 4. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម។

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើវា។

### 5. កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់។ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹងអស់សុពលភាពប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតវា ឬនៅពេលខ្ញុំស្លាប់។ ប្រសិនបើសហព័ទ្ធ ឬដៃគូជីវិតរបស់ខ្ញុំជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនឹង អស់សុពលភាពប្រសិនបើយើងទាំងពីរនាក់ប្តឹងលែងលះគ្នានៅក្នុងតុលាការ។

## Durable Power of Attorney for Health Care

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

My birth date 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. ការដកហូត។**

ខ្ញុំដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិផ្សេងទៀតណាមួយសម្រាប់ឯកសារថែទាំសុខភាពដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខានៅពេលកន្លងមក។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដកហូតលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះនៅពេលណាក៏បានដោយផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការដកហូតសិទ្ធិដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

**7. សិទ្ធិអំណាច។** ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានអំណាច

និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការធ្វើអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងឱ្យបានពេញលេញ និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពតាមដែលខ្ញុំអាចធ្វើបានដោយខ្លួនឯង រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះសិទ្ធិអំណាចដើម្បី៖

- ✓ ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព និងផ្តល់ការយល់ព្រមជាដំណឹងចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- ✓ បដិសេធ និងដកការយល់ព្រមចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- ✓ ជួល និងបណ្តេញអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- ✓ ដាក់ពាក្យសុំ និងយល់ព្រមចំពោះការអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំចូលមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ មណ្ឌលថែទាំ មណ្ឌលសុខភាព ឬមណ្ឌលស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាមណ្ឌលព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ✓ បម្រើជាអ្នកតំណាងផ្តល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងទាំងអស់នៅក្រោមច្បាប់ស្តីពី ចល័តភាព និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ឆ្នាំ 1996 ដូចដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម
- ✓ មកជួបខ្ញុំនៅមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ឬមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដែលស្នាក់នៅ ឬទទួលការព្យាបាល

**8. អត្ថប្រយោជន៍របស់រដ្ឋាភិបាល។** ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមានអំណាច

និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការរៀបចំ និងគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់របស់រដ្ឋាភិបាលតាមនាមខ្ញុំ រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះការចុះហត្ថលេខា និងការយល់ព្រមចំពោះពាក្យសុំ កិច្ចព្រមព្រៀងគ្រួសារសិទ្ធិបន្ត និងផែនការថែទាំសម្រាប់សាច់ប្រាក់ អាហារ វេជ្ជសាស្ត្រលំនៅឋាន និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ដល់សហព័ទ្ធ និងរដ្ឋ។

**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. ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យរៀបចំការប្តូរថ្នាក់រៀបចំការប្រែប្រួលចិត្តរបស់ខ្ញុំចំពោះ ឬការដាក់នៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តឡើយ។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យយល់ព្រមចំពោះការព្យាបាលភាពប្រកាច់ ដោយប្រើចរន្តអគ្គិសនី នីតិវិធីព្យាបាលផងដែរ វិកលចរិត ឬ នីតិវិធីព្យាបាលផងដែរផ្លូវចិត្ត ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀតដែលរឹតត្បិតសេរីភាព រាងកាយក្នុងការធ្វើចលនាឡើយ។

10. គណនេយ្យ។

ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាត្រឹមត្រូវអំពីកិច្ចការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ ហើយបង្ហាញកំណត់ត្រាទាំងនេះដល់ខ្ញុំតាមសំណើរបស់ខ្ញុំ។

11. ការតែងតាំងអាណាព្យាបាល។

ខ្ញុំតែងតាំងភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំជាអាណាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការពិចារណាដោយគុណការ ប្រសិនបើដំណើរការអាណាព្យាបាលមានភាពចាំបាច់។

12. ការចេញផ្សាយ HIPAA។

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់ស្តីពីចល័តភាព និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃឆ្នាំ 1996 (HIPAA) ដល់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។

**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.

កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

← Date

▶  
ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (នៅចំពោះមុខសាក្សី ឬសាក្សី)

← My signature (in front of a notary or witnesses)

**Notarization (ការបញ្ជាក់ដោយសារភាព)**

State of Washington (រដ្ឋ Washington)

County of (ខោនធីនៃ) \_\_\_\_\_

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

(ឯកសារនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់នៅចំពោះមុខខ្ញុំនៅ (កាលបរិច្ឆេទ))

by (name) / (ដោយ (ឈ្មោះ)/) \_\_\_\_\_។

▶  
Signature of Notary (ហត្ថលេខានៃសារភាព)  
Notary Public for the State of Washington.  
(សារភាពសម្រាប់រដ្ឋ Washington)

My commission expires (ការផ្ទេរសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំផុតកំណត់)  
\_\_\_\_\_

**សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់សាក្សី**  
(លុះត្រាតែអ្នកមិនអាចរកឃើញសារការី)

នៅថ្ងៃទី (កាលបរិច្ឆេទ) \_\_\_\_\_

(ឈ្មោះ) \_\_\_\_\_

បានចុះហត្ថលេខាលើលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍នេះនៅចំពោះមុខ  
ខ្ញុំបានយល់ព្រមធ្វើជាសាក្សីបញ្ជាក់ហត្ថលេខារបស់ពួកគេតាមសំណើរបស់ពួកគេ។

- ខ្ញុំមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលនេះជាសាច់ញាតិ តាមរយៈអាពាហ៍ពិពាហ៍  
ឬភាពជាដៃគូជីវិតដែលបានចុះបញ្ជីដោយរដ្ឋឡើយ។
- ខ្ញុំមិនផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់មនុស្សនេះនៅផ្ទះ ឬក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ទេ។

**សាក្សីទី 1**

▶  
ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

**សាក្សីទី 2**

▶  
ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

**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

**លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព**  
**ឧបសម្ព័ន្ធ៖ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង**

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

**ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ**

**My information**

ឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_

My name

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_

My date of birth

លេខទូរសព្ទរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_

My phone number

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_

My email address

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_

My mailing address

អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រថែទាំបឋមរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_

My primary care medical provider

**លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ**

**Power of attorney**

ខ្ញុំមាន**លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអចិន្ត្រៃយ៍** ដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្សេងទៀត ("ភ្នាក់ងារ" របស់ខ្ញុំ) ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំបាន ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានលទ្ធភាព។

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

**ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ**

**My health care agent**

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ \_\_\_\_\_

Agent's name

ទំនាក់ទំនងរបស់ភ្នាក់ងារជាមួយនឹងខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តភក្តិ ដៃគូ សហព័ទ្ធ បងប្អូនស្រី។)

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

លេខទូរសព្ទរបស់ភ្នាក់ងារ \_\_\_\_\_

Agent's phone number

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ភ្នាក់ងារ \_\_\_\_\_

Agent's email address

**ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួសរបស់ខ្ញុំ (ប្រសិនបើមាន)**

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

ឈ្មោះភ្នាក់ងារជំនួស \_\_\_\_\_

Alternate agent's name

ទំនាក់ទំនងរបស់ភ្នាក់ងារជំនួសជាមួយនឹងខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តភក្តិ ដៃគូ សហព័ទ្ធ បងប្អូនស្រី។)

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

លេខទូរសព្ទរបស់ភ្នាក់ងារជំនួស \_\_\_\_\_

Alternate agent's phone number

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ភ្នាក់ងារជំនួស \_\_\_\_\_

Alternate agent's email address

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួសទី 2 របស់ខ្ញុំ (ប្រសិនបើមាន)	My 2nd alternate health care agent (if any)
ឈ្មោះអ្នកចា់ជំនួសទី 2 _____	2nd alternate's name
ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជំនួសទី 2 ជាមួយនឹងខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តភក្តិ ដៃគូ សហព័ទ្ធ បងប្អូនស្រី។ល។) _____	2 <sup>nd</sup> alternate's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកចា់ជំនួសទី 2 _____	2 <sup>nd</sup> alternate's phone number
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកជំនួសទី 2 _____	2 <sup>nd</sup> alternate's email address