Poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

¿Qué es un poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares?

El Fondo WA Cares es el programa de fideicomiso para servicios y apoyos a largo plazo que fue establecido por el capítulo 50B.04 del RCW. El formulario de poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares es un documento legal que permite que una persona de su elección actúe en su nombre y tome decisiones acerca de sus beneficios de WA Cares, administrados conforme al capítulo 50B.04 del RCW, incluidas las decisiones tomadas con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud y el Departamento de Seguridad del Empleo. En un acuerdo de poder notarial, el mandante es la persona que concede el poder notarial, mientras que la persona que recibe dicho poder se denomina el agente o apoderado. Este formulario se entregará al Departamento de Seguridad del Empleo.

¿Tengo que rellenar el formulario de poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares?

No está obligado a tener un poder notarial. No está obligado a usar este formulario para firmar un acuerdo de poder notarial. Rellenar este formulario es opcional, y puede revocarlo en cualquier momento.

¿Qué debo hacer si ya tengo un poder notarial?

Si ya tiene un poder notarial, puede analizar ese documento para determinar si le concede a su agente las facultades para actuar en su nombre y tomar decisiones en lo referente a sus beneficios de WA Cares. Si es así, puede entregar una copia a WA Cares. WA Cares debe tener una copia en su expediente para que su agente o apoderado pueda administrar sus beneficios en su nombre.

¿Qué hago si tengo preguntas acerca de la firma de un poder notarial?

Descargo de responsabilidad: El personal de WA Cares no puede brindar asesoría jurídica ni contestar preguntas acerca de cómo rellenar este formulario. Si tiene preguntas acerca de si debe preparar un acuerdo de poder notarial, o acerca de cómo hacerlo, debe consultar a un abogado.

Puede obtener información adicional y recursos jurídicos de Northwest Justice Project.

Sitio de internet: www.nwjustice.org **Teléfono:** 1-888-201-1012

Envíe este formulario:

Carga: Puede cargar los formularios contestados a su cuenta en línea de WA Cares.

Envíelos por correo postal a:
DSHS
The WA Cares Fund
PO Box 45612
Olympia, WA 98504-5612

Consulte a WA Cares para obtener más información:

Llame al: 844-CARE4WA (1-844-227-3492)

Visite: www.wacaresfund.wa.gov

Requisitos para firmar este poder notarial:

Para firmar el formulario de conformidad con: RCW 11.125.050.

- Su nombre completo
- Dos testigos o un notario

Información que necesitará WA Cares:

- Su dirección
- Su número de teléfono
- Su número de identificación de WA Cares (si lo conoce)
- El nombre legal y la información de contacto de su agente

Asistencia lingüística disponible:

- Servicios de intérpretes de lenguajes
- Servicios de lengua de señas
- Braille
- Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-833-6384

Poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Poder notarial limitado

Para **Legal Name of Principal**, **Date of Birth**:

1. **Agente.** Elijo a **Legal Name of Agent**, como mi agente con facultades para administrar mis beneficios del Fondo WA Cares. Las facultades concedidas en este documento a la persona antes mencionada se limitan a decisiones sobre mis beneficios del Fondo WA Cares y no incluyen a otros beneficios gubernamentales.
2. **Suplente (opcional).** Si el agente antes mencionado no es capaz de actuar, o no está dispuesto a hacerlo, elijo a **Legal Name of Alternate Agent**, como mi agente con facultades para administrar mis beneficios del Fondo WA Cares.
3. **Mis derechos.** Conservo todos mis derechos a tomar decisiones por mí mismo acerca de mis beneficios del Fondo WA Cares, sin importar si este poder notarial está vigente, hasta que ya no tenga la capacidad para hacerlo.
4. **Revocación.** Revoco todos los demás poderes notariales limitados para beneficios del Fondo WA Cares que haya firmado en el pasado. Puedo revocar este poder notarial en cualquier momento.
5. **Facultades.** Mi agente tendrá facultades y poderes plenos para administrar mis beneficios del Fondo WA Cares de una forma tan completa y eficaz como yo podría hacerlo, lo que incluye, entre otras cosas, las facultades para:
   a) Inscribirme en, solicitar, seleccionar, rechazar, cambiar, enmendar y cancelar beneficios;
   b) Preparar, tramitar y mantener reclamaciones del mandante referentes a beneficios del Fondo WA Cares;
   c) Iniciar, participar, someterse a una resolución alternativa de disputas, llegar a un acuerdo negociado, o proponer o aceptar un compromiso en lo referente a litigios relacionados con los beneficios del Fondo WA Cares que el mandante puede tener derecho a recibir, de acuerdo con el capítulo 50B.04 del RCW.
6. **Permiso de divulgación conforme a HIPAA.** Autorizo al Fondo WA Cares para que divulgue a mi agente toda la información regida por la Ley de Responsabilidad y Movilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) que sea pertinente para la administración de mis beneficios de WA Cares.
7. **Fecha de inicio.** Este poder notarial entra en vigor el día en que yo lo firme.
8. **Fecha de finalización.** Este poder notarial finalizará cuando yo lo revoque o cuando yo fallezca.
9. **Duradero (opcional)** ☐ Al marcar esta casilla, certifico que deseo que mi agente use este poder notarial para administrar mis asuntos incluso si estoy enfermo, lesionado o incapacitado, y que mi discapacidad no afectará a este poder notarial.

He leído y entendido la información anterior.

Mi firma (ante un notario o dos testigos): Fecha de la firma

Poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

Nombre del beneficiario	
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)	

Declaración de los testigos

Testigo 1

El día **Date** _____, **Legal Name of Principle** _____, firmó este poder notarial limitado para los beneficios del Fondo WA Cares en mi presencia. Acepté ser testigo de su firma por petición suya. No tengo parentesco consanguíneo ni político con esta persona, ni soy su pareja doméstica registrada en el estado. No brindo cuidados a esta persona en su hogar, ni en un centro de cuidado a largo plazo.

Firma	Nombre en letra de molde del testigo 1
Dirección	Número telefónico (con código de área)

Testigo 2

El día **Date** _____, **Legal Name of Principle** _____, firmó este poder notarial limitado para los beneficios del Fondo WA Cares en mi presencia. Acepté ser testigo de su firma por petición suya. No tengo parentesco consanguíneo ni político con esta persona, ni soy su pareja doméstica registrada en el estado. No brindo cuidados a esta persona en su hogar, ni en un centro de cuidado a largo plazo.

Firma	Nombre en letra de molde del testigo 2
Dirección	Número telefónico (con código de área)

Certificado de aceptación (debe ser rellenado por un notario público)

Estado de _____

Condado de _____

Firmado en mi presencia el día **Date** por **Legal Name of Principal** _____.

_____

Firma del notario público

_____

Fecha de vencimiento del nombramiento

Poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Anexo: Información de contacto

Esta información de contacto no es obligatoria para firmar un acuerdo de poder notarial, pero es necesaria para WA Cares. Proporcione toda la información posible.

Información de contacto del beneficiario de WA Cares

Nombre completo	Número de teléfono	Número de identificación de WA Cares
Calle y número	Ciudad	Estado Código postal
Dirección postal	Ciudad	Estado Código postal

Información de contacto del agente

Nombre completo	Número de teléfono
Calle y número	Ciudad Estado Código postal
Dirección postal	Ciudad Estado Código postal

Información de contacto del agente suplente (si se eligió uno)

Nombre completo	Número de teléfono
Calle y número	Ciudad Estado Código postal
Dirección postal	Ciudad Estado Código postal

Barcode Label Here