



**የተገደበ የውክልና ስልጣን  
ለ WA Cares Fund  
ጥቅማጥቅሞች**  
Limited Power of Attorney  
for WA Cares Fund Benefits



የተጠቃሚ ስም  
WA Cares መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)

**ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች የተወሰነ የውክልና ስልጣን ምንድነው?**

WA Cares Fund በምዕራፍ 50B.04 RCW የተቋቋመ የረጅም ጊዜ አገልግሎቶች እና የድጋፍ ትረጎሞች ፕሮግራም ነው። ውስን የውክልና ስልጣን ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች ቅፅ እርስዎን ወክሎ እንዲሰራ እና ስለ WA Cares ጥቅማጥቅሞች ውሳኔ እንዲሰጥ የሚያስችል ህጋዊ ሰነድ ነው። በምዕራፍ 50B.04 RCW ስር የሚተዳደረው፣ ከማህበራዊ እና ጤና አገልግሎቶች መምሪያ እና ከቅጥር ደገገነት መምሪያ ጋር የተደረጉ ውሳኔዎችን ጨምሮ። በውክልና ውል ውስጥ ዋናው የውክልና ስልጣኑን የሰጠው ግለሰብ ሲሆን ስልጣኑን የሚቀበለው ግን ወኪል ወይም ጠበቃ ይባላል። ይህ ቅጽ ለሥራ ስምሪት ደህንነት ክፍል ይጋራል።

**ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች የተገደበ የውክልና ስልጣን መሙላት አለብኝ?**

የውክልና ስልጣን እንዲኖርዎት አይገደዱም። የውክልና ስምምነትን ለማስፈጸም ይህን ቅጽ መጠቀም አያስፈልግም። ይህን ቅጽ መሙላት አማራጭ ነው እና በማንኛውም ጊዜ ሊሻር ይችላል።

**የውክልና ሥልጣን ቢኖረኝስ?**

ቀድሞውኑ የውክልና ስልጣን ካሎት፣ ሰነዱን እርስዎን ወክሎ እንዲሰራ እና ስለ WA Cares ጥቅማጥቅሞች ውሳኔ እንዲሰጥ ስልጣን እንደሚሰጥ ለማወቅ ያንን ሰነድ መገምገም ይችላሉ። ከሆነ፣ ቅጂውን ለ WA Cares መስጠት ይችላሉ። WA Cares እርስዎን ወክለው ጥቅማጥቅሞችን ለማስተዳደር ለተወካዩ ወይም ለጠበቃዎ በፋይል ላይ ቅጂ ሊኖራቸው ይገባል።

**የውክልና ሥልጣንን ስለማስፈጸም ጥያቄዎች ካሉኝስ?**

**መግለጫ:** የWA Cares ሰራተኞች ይህን ቅጽ እንዴት መሙላት እንደሚችሉ የህግ ምክር መስጠት ወይም ጥያቄዎችን መመለስ አይችሉም። የውክልና ስምምነትን ስለመፈፀም ወይም እንዴት ማድረግ እንዳለብዎት ጥያቄዎች ካሉዎት ጠበቃ ማማከር አለብዎት። ተጨማሪ መረጃ እና የህግ መርጃዎች በኖርዝወስት ጀስቲስ ፕሮጀክት በኩል ይገኛሉ።

**ድረ-ገጽ:** [www.nwjustice.org](http://www.nwjustice.org) ስልክ: 1-888-201-1012

<b>ይህን ቅጽ ያስገቡ:</b>	<b>ይህንን POA ለማስፈጸም ያስፈልጋል:</b>
<p><b>ይጫኑ:</b> የተሞሉ ቅጾችን በWA Cares አካዎንትዎ አንላይን መጫን ይችላሉ።</p> <p><b>ለዚህ ይላኩ:</b> DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p> <p>ለተጨማሪ መረጃ WA Caresን ያነጋግሩ:</p> <p><b>ደደውሉ:</b> 844-CARE4WA (1-844-227-3492)</p> <p><b>ጎብኙ:</b> <a href="http://www.wacaresfund.wa.gov">www.wacaresfund.wa.gov</a></p>	<p>ቅጹን በሚከተለው መሠረት ለማስፈጸም: RCW <a href="#">11.125.050</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ሙሉ ስምዎ</li> <li>• ሁለት ምስክሮች ወይም አንድ ሰነድ አጣሪ</li> </ul> <p><b>WA Cares የሚፈልገው መረጃ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• የመንገድ አድራሻዎ</li> <li>• ስልክ ቁጥርዎ</li> <li>• የእርስዎ WA Cares መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)</li> <li>• የወኪሉ ህጋዊ ስም እና የሚገኝበት አድራሻ መረጃ</li> </ul> <p><b>የቋንቋ እገዛ አለ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• የቋንቋ አስተርጓሚ አገልግሎቶች</li> <li>• የምልክት ቋንቋ አገልግሎቶች</li> <li>• ብሬል</li> <li>• TTY/TDD ተጠቃሚዎች ደደውሉ 1-800-833-6384</li> </ul>



**የተገደበ የውክልና ስልጣን**  
**ለ WA Cares Fund**  
**ጥቅማጥቅሞች**  
**Limited Power of Attorney**  
**for WA Cares Fund Benefits**



የተጠቃሚ ስም
WA Cares መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)

**የተገደበ የውክልና ስልጣን**

ለ Legal Name of Principal , Date of Birth :

- ወኪል፡** እመርጣለሁ Legal Name of Agent ፡ የWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞችን የማስተዳደር ስልጣን ያለው ወኪል እንደመሆኔ። በዚህ ስነድ ከላይ ለተጠቀሰው ግለሰብ የተሰጠው ስልጣን የእኔን የWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞችን በሚመለከት ውሳኔዎች ላይ ብቻ የተገደበ እንጂ ሌላ የመንግስት ጥቅማጥቅሞችን አይደለም።
- አማራጭ (የግድ አይደለም)፡** ከላይ የተጠቀሰው ወኪል እርምጃ ለመውሰድ ካልቻለ ወይም ፈቃደኛ ካልሆነ፣ እኔ እመርጣለሁ Legal Name of Alternate Agent የ WA Cares Fund ጥቅማጥቅሞችን የማስተዳደር ስልጣን ያለው ወኪል እንደመሆኔ
- የእኔ መብቶች፡** ይህ የውክልና ስልጣን ምንም ይሁን ምን፣ ይህን ለማድረግ አቅም እስካላገኘሁ ድረስ ስለ እኔ የWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞችን በተመለከተ ለራሴ ውሳኔ ለማድረግ ሁሉንም መብቶች እጠብቃለሁ።
- ማንሳት፡** ከዚህ በፊት ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች የፈረምኩትን ሌላ ማንኛውንም የተገደበ የውክልና ስልጣን አነሳለሁ። ይህንን የውክልና ስልጣን በማንኛውም ጊዜ ማንሳት እችላለሁ።
- ስልጣን የእኔ ወኪል የWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞችን እኔ ራሴ ማድረግ የምችለውን ያህል እና በብቃት ለማስተዳደር መላ ስልጣን እና ኃይል ይኖረዋል፡** ስልጣኑን ጨምሮ ግን በእነዚህ ብቻ ሳይወሰን፡
  - ሀ) ለጥቅማጥቅሞች መመዘገብ፣ መስመልከት፣ መምረጥ፣ ውድቅ ማድረግ፣ መቀየር፣ ማሻሻል፣ ወይም ማቋቋም፤
  - ለ) ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች የፕሪንሲፓሉን የይገባኛል ጥያቄ ማዘጋጀት፣ ማስገባት እና ማቆየት፤
  - ሐ) ፕሪንሲፓሉ በምዕራፍ 50B.04 RCW ስር ማግኘት በሚችለው መሠረት ማንኛውንም የWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞችን መፍትሔ መስጠትን በሚመለከት ቅሬታዎችን በመፍታት ረገድ ድርድር ማስጀመር፣ መደሰተፍ፣ ችግር የሚፈታበትን ሐሳብ ማስገባት፣ መፍታት፣ መቃወም፣ ወይም ማቅረብ ወይም ለመፍትሔ ሲባል ጥቅምን መተው ይችላል።
- HIPAAን መልቀቅ** በ1996 በጤና ኢንሹራንስ ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ (HIPAA) የሚመራውን ሁሉንም መረጃ ለWA Cares ጥቅማጥቅም አስተዳደር የሚመለከተውን መረጃ ለWA Cares Fund ለወኪሌ እንዲሰጥ ፈቅጃለሁ።
- የሚጀመርበት ቀን፡** ይህ የውክልና ስልጣን ስራ ላይ የሚውለው እኔ ከፈረምኩበት ቀን ጀምሮ ነው።
- የሚያበቃበት ቀን** ይህ የውክልና ስልጣን እኔ ውክልናውን ካነሳሁ ወይም እኔ ከሞትኩ ያበቃል።
- ዘላቂ (የግድ አይደለም) ፡**  በዚህ ሳጥን ላይ ምልክት በማድረግ፣ ብታመም፣ ብጎዳም፣ ወይም አቅመ ቢስ ብሆንም ወኪሌ ይህንን የውክልና ስልጣን ተጠቅሞ ጉዳዮቼን እንዲያስተዳድር እንደምፈልግ እና አካለ ጉዳተኝነቴ በዚህ የውክልና ስልጣን ላይ ተጽዕኖ እንደማይኖረው አረጋግጣለሁ።

ከላይ ያለውን መረጃ አንብቤ ተረድቻለሁ።

ፊርማዬ (በሁለት ምስክሮች ማስታወሻ ፊት፡

የተፈረመበት ቀን



**የተገደበ የውክልና ስልጣን ለ WA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች**  
**Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits**



የተጠቃሚ ስም
WA Cares መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)

**የምስክርታ መግለጫ**

**ምስክር 1**

በ Date , Legal Name of Principle , እኔ ፊት ለፊት ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች ይህንን የተገደበ የውክልና ስልጣን ፈርሟል። በጥያቄያቸው መሠረት ፈርማቸውን ለመመስከር ተስማምቻለሁ። እኔ ከዚህ ሰው ጋር በደም፣ በጋብቻ ወይም በስቴት የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋርነት ዝምድና የለኝም። ለዚህ ሰው በቤት ውስጥ ወይም በረጅም ጊዜ እንክብካቤ ተቋም ውስጥ እንክብካቤ አልሰጥም።

ፊርማ	የተጻፈ የምስክር ስም 1
-----	-----------------

አድራሻ	ስልክ ቁጥር (ከአካባቢ ኮድ ጋር)
------	-----------------------

**ምስክር 2**

በ Date , Legal Name of Principle , እኔ ፊት ለፊት ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅሞች ይህንን የተገደበ የውክልና ስልጣን ፈርሟል። በጥያቄያቸው መሠረት ፈርማቸውን ለመመስከር ተስማምቻለሁ። እኔ ከዚህ ሰው ጋር በደም፣ በጋብቻ ወይም በስቴት የተመዘገበ የቤት ውስጥ አጋርነት ዝምድና የለኝም። ለዚህ ሰው በቤት ውስጥ ወይም በረጅም ጊዜ እንክብካቤ ተቋም ውስጥ እንክብካቤ አልሰጥም።

ፊርማ	የተጻፈ የምስክር ስም 2
-----	-----------------

አድራሻ	ስልክ ቁጥር (ከአካባቢ ኮድ ጋር)
------	-----------------------

**የእውቅና ሰርተፍኬት (በህዝብ ምስክር የተጠናቀቀ)**

የ \_\_\_\_\_ ስቴት

የ \_\_\_\_\_ ካምፕሽ

በ Date በፊት ለፊት ተፈርማል በ Legal Name of Principal .

\_\_\_\_\_

በህዝብ ምስክር ፊርም

\_\_\_\_\_

ኮሚሽኑ የሚያበቃበት ቀን



**የተገደበ የውክልና ስልጣን  
ለ WA Cares Fund  
ጥቅማጥቅሞች**  
Limited Power of Attorney  
for WA Cares Fund Benefits



የተጠቃሚ ስም
WA Cares መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)

**አባሪ: የመገኛ አድራሻ መረጃ**

ይህ የሚገኙበት አድራሻ መረጃ የውክልና ስልጣን ስምምነትን ለማስፈጸም አያስፈልግም ነገር ግን በWA Cares ያስፈልገዋል። የቻሉትን ያህል መረጃ ያቅርቡ።

**WA Cares የተጠቃሚ አድራሻ መረጃ**

ሙሉ ስም	ስልክ ቁጥር	WA Cares መታወቂያ ቁጥር
የመንገድ አስራሻ	ከተማ	ስቴት ዚፕ ኮድ
የመልክት መላኪያ አድራሻ	ከተማ	ስቴት ዚፕ ኮድ

**ወኪል የሚገኙበት አድራሻ መረጃ**

ሙሉ ስም	ስልክ ቁጥር
የመንገድ አስራሻ	ከተማ ስቴት ዚፕ ኮድ
የመልክት መላኪያ አድራሻ	ከተማ ስቴት ዚፕ ኮድ

**ተለዋጭ ወኪል የሚገኙበት አድራሻ መረጃ (ከተመረጠ)**

ሙሉ ስም	ስልክ ቁጥር
የመንገድ አስራሻ	ከተማ ስቴት ዚፕ ኮድ
የመልክት መላኪያ አድራሻ	ከተማ ስቴት ዚፕ ኮድ