

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)



توكيل رسمي محدود
بخصوص مزايا برنامج
WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



ما المقصود بالتوكيل الرسمي المحدود بخصوص مزايا برنامج WA Cares Fund؟

برنامج WA Cares Fund هو برنامج ائتمان للخدمات وعمليات الدعم الطويلة الأمد، وقد تأسس بموجب الفصل 50B.04 من قانون واشنطن المعدل (RCW). يُشكّل نموذج التوكيل الرسمي المحدود الخاص بمزايا برنامج WA Cares Fund مستنداً قانونياً يسمح للشخص الذي تختاره أن يتصرف بالنيابة عنك وأن يتخذ القرارات بشأن مزاياك المستحقة بموجب برنامج WA Cares، وذلك وفقاً للفصل 50B.04 من قانون ولاية واشنطن المعدل، بما في ذلك القرارات التي تُتخذ مع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية ودائرة الأمن الوظيفي. في أي اتفاق يتعلق بالتوكيل الرسمي، يعدّ الموكل هو ذلك الشخص المانع للتوكيل الرسمي، بينما يُسمى الشخص الذي يُعطى التوكيل الوكيل أو المفوض. ستتم مشاركة هذا النموذج مع دائرة الأمن الوظيفي.

هل يجب عليّ تعبئة نموذج توكيل رسمي محدود بخصوص مزايا برنامج WA Cares Fund؟

لست مُلزماً بإجراء توكيل رسمي، ولست مُلزماً باستخدام هذا النموذج لتطبيق اتفاق توكيل رسمي. فتعبئة هذا النموذج أمر اختياري ويمكن إلغاؤه في أي وقت.

ماذا إن كنت أمتلك بالفعل توكيلاً رسمياً؟

إذا كنت تمتلك بالفعل توكيلاً رسمياً، فبمقدورك مراجعة ذلك المستند لتحديد ما إذا كان يمنح الوكيل سلطة التصرف بالنيابة عنك واتخاذ القرارات بشأن مزاياك المستحقة بموجب برنامج WA Cares أم لا. وإذا كان الأمر كذلك، فعليك تقديم نسخة منه إلى برنامج WA Cares. يجب أن يحتفظ برنامج WA Cares بنسخة من التوكيل الرسمي في الملف لكي يتمكن وكيلك أو مفوضك من إدارة مزاياك بالنيابة عنك.

ماذا إن كانت لدي أسئلة حول تطبيق التوكيل الرسمي؟

إخلاء مسؤولية: لا يمكن لبرنامج WA Cares توفير استشارة قانونية أو الإجابة عن أسئلة حول كيفية تعبئة هذا النموذج. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كان من الواجب تطبيق اتفاق التوكيل الرسمي أو كيفية القيام بذلك، فعليك استشارة محامٍ. هناك معلومات وموارد قانونية إضافية متاحة عن طريق مشروع العدالة لشمال غرب ولاية واشنطن (Northwest Justice Project).

الموقع الإلكتروني: www.nwjustice.org الهاتف: 1-888-201-1012

المطلوب لتطبيق هذا التوكيل الرسمي (POA):

- تطبيق هذا النموذج بما يتوافق مع: RCW [11.125.050](#).
- اسمك الكامل
- شاهدين أو كاتب عدل

المعلومات التي سيحتاج إليها برنامج WA Cares:

- عنوان شارعك
- رقم هاتفك
- رقم هويتك في WA Cares (إذا كان معلوماً)
- الاسم القانوني للوكيل ومعلومات التواصل معه

المساعدة اللغوية متاحة:

- خدمات الترجمة الفورية
- خدمات لغة الإشارة
- لغة برايل
- إجراء مكالمة هاتفية لمستخدمي الهاتف النصي/هاتف الصمّ على الرقم 1-800-833-6384

تقديم هذا النموذج:

التحميل: عليك تحميل النماذج المكتملة إلى حسابك في WA Cares عبر الإنترنت.

الإرسال بالبريد العادي إلى:

DSHS
The WA Cares Fund
PO Box 45612
Olympia, WA 98504-5612

التواصل مع WA Cares للحصول على معلومات إضافية:

الاتصال الهاتفي: (1-844-227-3492) 844-CARE4WA

زيارة: www.wacaresfund.wa.gov

**توكيل رسمي محدود
بخصوص مزايا برنامج****WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits**

اسم المستفيد

رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)

التوكيل الرسمي المحدودنيابةً عن **Legal Name of Principal** ، **Date of Birth** :

1. **الوكيل.** أختارُ **Legal Name of Agent** ، لأداء وظيفة وكيلي الذي يمتلك سلطة إدارة المزايا المستحقة لي بموجب برنامج WA Cares Fund. السلطة الممنوحة بموجب هذا المستند للشخص المذكور أعلاه هي سلطة تقتصر على القرارات بشأن المزايا المستحقة لي بموجب برنامج WA Cares Fund ولا تتعداها إلى المزايا الحكومية الأخرى.
2. **البديل (اختياري).** إذا تعدّر على الوكيل المذكور أعلاه التصرف بالنيابة عني أو لم تتوفر لديه الرغبة في ذلك، فإنني أختار **Legal Name of Alternate Agent** ، لأداء وظيفة وكيلي الذي يمتلك سلطة إدارة المزايا المستحقة بموجب برنامج WA Cares Fund.
3. **حقوق.** سأحتفظ لنفسي بكل حقوق اتخاذ القرارات بخصوص المزايا المستحقة لي بموجب برنامج WA Cares Fund بصرف النظر عما إذا كان هذا التوكيل الرسمي ساري المفعول أم لا، وذلك إلى أن أصبح غير قادر على القيام بذلك.
4. **الإلغاء.** أعلن أنني ألغي أي توكيل رسمي محدود آخر بخصوص مزايا برنامج WA Cares Fund كنت قد وقّعته في الماضي. يحق لي إلغاء هذا التوكيل الرسمي في أي وقت.
5. **الصلاحيات.** تكون لوكيلي الصلاحية والسلطة الكاملتان لإدارة المزايا المستحقة لي بموجب برنامج WA Cares Fund، وذلك بكامل الفاعلية والقدرة التي أتمتع بها بصفة شخصية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، سلطة القيام بما يلي:
(أ) التسجيل في المزايا أو تقديم طلب للحصول عليها أو اختيارها أو رفضها أو تغييرها أو تعديلها أو التوقف عنها؛
(ب) تجهيز مطالب الموكل بمزايا برنامج WA Cares Fund، وتقديم المطالب، والدفاع عنها؛
(ج) بدء دعوى قضائية بخصوص أي مزايا ضمن برنامج WA Cares Fund قد يكون الموكل مؤهلاً لتلقيها بموجب الفصل 50B.04 من قانون واشنطن المعدل، أو المشاركة في الدعوى القضائية، أو إرسالها إلى جهة حل نزاعات بديلة، أو تسويتها، أو معارضتها، أو اقتراح تسوية بشأنها، أو قبول هذه التسوية.
6. **الإفصاح عن المعلومات الخاضعة لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA)** أفوض برنامج WA Cares Fund بالإفصاح لوكيلي عن كل المعلومات التي ينظمها قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) الصادر في عام 1996 والتي تكون ذات صلة بإدارة المزايا المستحقة لي بموجب برنامج WA Cares Fund.
7. **تاريخ البدء.** يكون هذا التوكيل الرسمي نافذ المفعول من يوم توقيعه.
8. **تاريخ الانتهاء.** سوف تنتهي صلاحية هذا التوكيل الرسمي في حال إلغائي إياه أو عندما توافيني المنية.
9. **دائم (اختياري).** عبر وضع علامة الاختيار في هذه الخانة، أؤكد أنني أرغب في أن يستخدم وكيلي هذا التوكيل الرسمي لإدارة شؤوني حتى إذا أصبت بمرض أو تعرضت لإصابة أو أصبحت فاقد الأهلية، وأن ما أعانيه من عجز لن يؤثر في هذا التوكيل الرسمي.

لقد قرأت المعلومات السالفة الذكر وأقرُّ بأنني أفهمها.

تاريخ التوقيع

توقيعي (أمام كاتب العدل أو شاهدين):



توكيل رسمي محدود
بخصوص مزايا برنامج
WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits

اسم المستفيد

رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)

إفادة الشاهدين

الشاهد الأول

بتاريخ **Date** ، قام **Legal Name of Principle** بتوقيع هذا التوكيل الرسمي المحدود بشأن مزايا برنامج WA Cares Fund في حضوري. وأقرّ بأنني شهدت قيامه بالتوقيع بطلب منه. لا تربطني بهذا الشخص قرابة دم أو زواج أو شراكة منزلية مسجلة لدى الولاية. لا أقدم الرعاية لهذا الشخص في المنزل أو في مرفق رعاية طويلة الأمد.

اسم الشاهد الأول مكتوباً بخط واضح

التوقيع

رقم الهاتف (مع كود المنطقة)

العنوان

الشاهد الثاني

بتاريخ **Date** ، قام **Legal Name of Principle** بتوقيع هذا التوكيل الرسمي المحدود بشأن مزايا برنامج WA Cares Fund في حضوري. وأقرّ بأنني شهدت قيامه بالتوقيع بطلب منه. لا تربطني بهذا الشخص قرابة دم أو زواج أو شراكة منزلية مسجلة لدى الولاية. لا أقدم الرعاية لهذا الشخص في المنزل أو في مرفق رعاية طويلة الأمد.

اسم الشاهد الثاني مكتوباً بخط واضح

التوقيع

رقم الهاتف (مع كود المنطقة)

العنوان

شهادة التصديق على التوقيع (تصدر عن كاتب العدل العمومي)

ولاية

مقاطعة

تم التوقيع على هذا المستند في حضوري بتاريخ **Date** بواسطة **Legal Name of Principal**.

توقيع كاتب العدل العمومي

تاريخ انتهاء التفويض

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)



توكيل رسمي محدود
بخصوص مزايا برنامج
WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



الملحق: معلومات الاتصال

معلومات الاتصال هذه ليست مطلوبة لتطبيق اتفاق التوكيل الرسمي، لكنها مطلوبة لدى برنامج WA Cares. يُرجى تقديم أكبر قدر يمكنك تقديمه من المعلومات.

معلومات الاتصال بالمستفيد من برنامج WA Cares

رقم هوية WA Cares	رقم الهاتف	الاسم الكامل
الولاية الرمز البريدي	المدينة	عنوان الشارع
الولاية الرمز البريدي	المدينة	عنوان البريد العادي

معلومات الاتصال بالوكيل

رقم الهاتف	الاسم الكامل
الولاية الرمز البريدي	المدينة
الولاية الرمز البريدي	المدينة

معلومات الاتصال بالوكيل البديل (إن تم اختياره)

رقم الهاتف	الاسم الكامل
الولاية الرمز البريدي	المدينة
الولاية الرمز البريدي	المدينة