



**WA Cares Fund 福利金**  
**有限授权委托书**  
**Limited Power of Attorney**  
**for WA Cares Fund Benefits**



受益人姓名
WA Cares ID 号码 (若知道)

**什么是 WA Cares Fund 福利金有限授权委托书?**

WA Cares Fund 是依据 RCW 第 50B.04 章设立的长期服务与支持信托计划。WA Cares Fund 福利金有限授权委托书表格是一份法律文件，允许您选择的人代表您行事，并就依据 RCW 第 50B.04 章管理的您的 WA Cares 福利金作出决定，包括与社会福利服务部和就业保障部相关的决定。在授权委托书协议中，委托人是授予代理权的个人，而接受该权力的人称为代理人或实际授权代表。本表格将提交给就业保障部。

**我需要填写 WA Cares Fund 福利金有限授权委托书表格吗?**

您无需必须持有授权委托书。您无需必须使用本表格订立授权委托书协议。填写本表格是自愿的，且可随时撤销。

**如果我已经有了授权委托书了怎么办?**

如果您已经有了授权委托书，可以查看该文件，以确认它是否赋予您的代理人代表您行事并就您的 WA Cares 福利金作出决定的权力。如果是这样，您可以向 WA Cares 提供一份复印件。为了让您的代理人或实际授权代表能够代表您管理福利金，WA Cares 必须留存一份文件副本。

**如果我对订立授权委托书有疑问怎么办?**

**免责声明:** WA Cares 的工作人员无法提供法律建议，也不能解答关于如何填写本表格的问题。如果您对是否订立授权委托书协议或如何订立有疑问，应咨询律师。

更多信息和法律资源可通过西北司法公正项目获取。

网站: [www.nwjustice.org](http://www.nwjustice.org) 电话: 1-888-201-1012

**提交本表格:**

**上传:** 您可将填写完整的表格上传至您的 WA Cares 在线账户。

**寄送至:**

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

如需更多信息，请联系 WA Cares:

致电: 844-CARE4WA (1-844-227-3492)

访问: [www.wacaresfund.wa.gov](http://www.wacaresfund.wa.gov)

**签署本 POA 所需条件:**

签署本表格需依据: RCW [11.125.050](#).

- 您的全名
- 两名见证人或一名公证人

**WA Cares 所需信息:**

- 您的街道地址
- 您的电话号码
- 您的 WA Cares ID 号码 (若知道)
- 代理人的法定姓名及联系方式

**提供语言协助:**

- 语言翻译服务
- 手语服务
- 盲文
- TTY/TDD 用户请拨打 1-800-833-6384



**WA Cares Fund 福利金**  
**有限授权委托书**  
**Limited Power of Attorney**  
**for WA Cares Fund Benefits**



受益人姓名
WA Cares ID 号码 (若知道)

**有限授权委托书**

关于 Legal Name of Principal , Date of Birth :

- 1. 代理人。** 我选择 Legal Name of Agent 作为我的代理人，授权其管理我的WA Cares Fund福利金。本文件授予上述个人的权限仅限于就我的WA Cares Fund福利金作出决定，不包括其他政府福利金。
- 2. 候补代理人 (可选)。** 如上述代理人无法或不愿履行职责，我选择 Legal Name of Alternate Agent 作为我的代理人，授权其管理WA Cares Fund福利金。
- 3. 我的权利。** 无论本授权委托书是否生效，在我丧失决策能力前，我保留自行就我的WA Cares Fund福利金作出决定的所有权利。
- 4. 撤销。** 我撤销过去签署的所有其他关于WA Cares Fund福利金的有限授权委托书。我可以随时撤销本授权委托书。
- 5. 权限。** 本人的代理人应拥有全面的权限和授权，可如同本人亲自办理一般，全面且有效地管理本人的WA Cares Fund福利金，包括但不限于以下权限：
  - a) 登记、申请、选择、拒绝、变更、修改或终止福利金；
  - b) 为委托人准备、提交并维护WA Cares Fund福利金的申领申请；
  - c) 就与委托人依据RCW第50B.04章可能有权获得的任何WA Cares Fund福利金相关的诉讼，发起、参与、提交替代性争议解决程序、和解、抗辩，或提出或接受和解方案。
- 6. HIPAA授权。** 本人授权WA Cares Fund向本人的代理人披露所有受1996年《健康保险携带和责任法案》(HIPAA)管辖、且与本人WA Cares福利金管理相关的信息。
- 7. 生效日期。** 本授权委托书自本人签署之日起生效。
- 8. 终止日期。** 本授权委托书在本人撤销或本人去世时终止。
- 9. 持续性 (可选)。**  勾选此框即表明本人确认，即便本人患病、受伤或丧失行为能力，仍希望代理人依据本授权委托书管理本人事务，且本人的残障状况不会影响本授权委托书的效力。

本人已经阅读并理解以上信息。

本人签名 (需在一名公证人或两名见证人面前签署): \_\_\_\_\_ 签署日期 \_\_\_\_\_



**WA Cares Fund 福利金**  
**有限授权委托书**  
**Limited Power of Attorney**  
**for WA Cares Fund Benefits**



受益人姓名
WA Cares ID 号码 (若知道)

**见证人声明**

**见证人 1**

于 **Date** \_\_\_\_\_, **Legal Name of Principle** \_\_\_\_\_, 在本人面前签署了本WA Cares Fund福利金的有限授权委托书。应其要求, 本人同意为其签名作证。本人与该人士无血缘、婚姻或州注册同居关系。本人未在其家中或长期护理机构为其提供护理服务。

签名	见证人 1 工整填写的姓名
----	---------------

地址	电话号码 (请包括区号)
----	--------------

**见证人 2**

于 **Date** \_\_\_\_\_, **Legal Name of Principle** \_\_\_\_\_, 在本人面前签署了本WA Cares Fund福利金的有限授权委托书。应其要求, 本人同意为其签名作证。本人与该人士无血缘、婚姻或州注册同居关系。本人未在其家中或长期护理机构为其提供护理服务。

签名	见证人 2 工整填写的姓名
----	---------------

地址	电话号码 (请包括区号)
----	--------------

**确认证明 (由公证人填写)**

州 \_\_\_\_\_

县 \_\_\_\_\_

于 **Date** 在本人面前签署 签署人 **Legal Name of Principal** \_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_ 公证人签名

\_\_\_\_\_ 任职有效期



**WA Cares Fund 福利金**  
**有限授权委托书**  
**Limited Power of Attorney**  
**for WA Cares Fund Benefits**



受益人姓名
WA Cares ID 号码 (若知道)

**附件：联系信息**

以下联系信息并非签署授权委托书协议的必需内容，但为 WA Cares 所需。请尽可能提供完整信息。

**WA Cares 受益人联系信息**

全名	电话号码	WA Cares ID 号码
街道地址	城市	州 邮政编码
邮寄地址	城市	州 邮政编码

**代理人联系信息**

全名	电话号码
街道地址	城市 州 邮政编码
邮寄地址	城市 州 邮政编码

**候补代理人联系信息 (如已指定)**

全名	电话号码
街道地址	城市 州 邮政编码
邮寄地址	城市 州 邮政编码