



**WA Cares Fund 혜택을
위한 제한 위임장**
**Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits**



수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

WA Cares Fund 혜택을 위한 제한 위임장이란 무엇입니까?	
WA Cares Fund 는 챗터 50B.04 RCW 에 따라 만들어진 장기 서비스 및 지원 선택 프로그램입니다. WA Cares Fund 혜택을 위한 제한 위임장 양식은 귀하께서 선택하신 사람이 챗터 50B.04 RCW 에 따라 귀하를 대신하여 행동하고 보건사회복지부(Department of Social and Health Services) 및 고용안정부(Employment Security Department)와의 결정 등 귀하의 WA Cares 혜택에 관한 결정을 내리도록 하는 법률 문서입니다. 위임장에서 위임을 허가하는 개인이 본인이 되며 위임을 받는 사람은 대리인이라 합니다. 본 양식은 고용안정부와 공유됩니다.	
WA Cares Fund 혜택 양식을 위한 제한 위임장을 작성해야 합니까?	
귀하의 위임장 작성은 필수가 아닙니다. 귀하께서 반드시 이 양식을 이용하여 위임장을 체결하셔야 하는 것은 아닙니다. 본 양식 작성은 선택 사항이며 언제든지 철회하실 수 있습니다.	
이미 위임장이 있다면 어떻게 됩니까?	
이미 위임장이 있으시다면 해당 문서를 검토하여 귀하의 대리인에게 귀하를 대표할 권한을 부여하고 귀하의 WA Cares 혜택에 대한 결정을 내릴 권한을 제공하는지 판단하실 수 있습니다. 그렇다면 WA Cares 에 사본을 제출하실 수 있습니다. WA Cares 는 귀하를 대신하여 귀하의 혜택 관리를 위해 귀하의 대리인에 대한 과일 사본을 갖고 있어야 합니다.	
위임장 실행에 대한 질문이 있으면 어떻게 해야 합니까?	
<p>법적 고지: WA Cares 직원은 법적 조언이나 본 양식 작성 방법에 대한 질문에 답변을 할 수 없습니다. 위임장 체결이나 그 방법에 대한 질문이 있으시면 변호사와 상담을 하셔야 합니다. 자세한 정보와 법률 자료는 Northwest Justice Project를 통해 이용하실 수 있습니다.</p> <p>웹사이트: www.nwjustice.org 전화: 1-888-201-1012</p>	
본 양식 제출:	본 POA 체결 시 필요:
<p>업로드: 작성된 양식을 귀하의 온라인 WA Cares 계정에 업로드하실 수 있습니다.</p> <p>우편: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p> <p>자세한 정보를 WA Cares에 문의해주시요. 전화: 844-CARE4WA (1-844-227-3492) 방문: www.wacaresfund.wa.gov</p>	<p>다음에 따른 본 양식 체결: RCW 11.125.050.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하의 성명 • 두 명의 증인 또는 공증인 <p>WA Cares 에서 필요로 하는 정보:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하의 도로명 주소 • 귀하의 전화번호 • 귀하의 WA Cares ID 번호(알고 있는 경우) • 대리인의 법적 이름 및 연락처 정보 <p>언어 지원 이용 가능:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 언어 통역 서비스 • 수화 서비스 • 점자 • TTY/TDD 사용자 다이얼 1-800-833-6384



**WA Cares Fund 혜택을
위한 제한 위임장**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

제한 위임장

대상 Legal Name of Principal, Date of Birth :

- 대리인.** 본인은 Legal Name of Agent 을(를) 본인의 WA Cares Fund 혜택을 관리할 권한을 가진 대리인으로 선택합니다. 본 문서를 통해 위 사람에게 부여한 권한은 본인의 WA Cares Fund 혜택으로 제한되며 다른 정부 혜택에 적용되지 않습니다.
- 대체(선택).** 위 대리인이 역할을 할 수 없거나 역할 수행을 원치 않을 경우, 본인은 Legal Name of Alternate Agent 을(를) WA Cares Fund 혜택을 관리할 권한을 가진 대리인으로 선택합니다.
- 본인의 권한.** 본인은 본 위임장의 효력에 관계 없이 본인이 더 이상 결정을 내릴 능력이 없게 될 때까지 본인의 WA Cares Fund 혜택에 대한 결정을 스스로 내릴 모든 권리를 유지합니다.
- 철회.** 본인은 과거에 서명한 다른 WA Cares Fund 혜택 제한 위임장을 모두 철회합니다. 본인은 본 위임장을 언제든지 철회할 수 있습니다.
- 권한.** 본인의 대리인은 다음의 권한을 포함하여 본인이 스스로 하는 것과 같이 본인의 WA Cares Fund 혜택을 완전히 효력을 갖고 관리할 권한을 갖습니다.
 - 혜택 참여, 신청, 선택, 거부, 변경, 수정 또는 중단,
 - WA Cares Fund 혜택을 위한 본인 청구의 준비, 제출 및 유지,
 - 본인이 챕터 50B.04 RCW에 따라 받을 권한을 가진 WA Cares Fund 혜택에 관한 소송의 개시, 참여, 분쟁 해결 대안 제출, 합의, 반대, 합의안 제출 또는 수락.
- HIPAA 공개.** 본인은 WA Cares Fund가 본인의 WA Cares 혜택 관리와 관련하여 1996 건강보험 양도 및 책임에 관한 법안(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)이 적용되는 모든 정보를 본인의 대리인에게 공개하도록 승인합니다.
- 시작일.** 본 위임장은 본인이 서명한 날 효력을 갖습니다.
- 종료일.** 본 위임장은 본인이 철회하거나 본인이 사망한 경우에 종료됩니다.
- 지속(선택).** 이 상자에 서명할 경우, 본인은 본인이 아프거나 상해를 입거나 정상적인 활동을 하지 못하게 된 경우에도 본인의 대리인이 본 위임장을 이용하여 본인의 일을 관리하도록 하며 본인의 장애가 본 위임장에 영향을 미치지 않도록 함을 증명합니다.

본인은 위의 정보를 읽었으며 이해합니다.

본인 서명(공증인 또는 두 명의 증인 입회 하에):

서명일



**WA Cares Fund 혜택을
위한 제한 위임장**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

증인 진술

증인 1

Date , Legal Name of Principle ,에 본인의 입회 하에 본 WA Cares Fund 혜택에 대한 제한 위임장에 서명했습니다. 본인은 당사자들의 요청에 따라 당사자들의 서명을 목격할 것에 동의했습니다. 본인은 이 사람과 혈연, 결혼 또는 주 등록 동거 관계에 따른 관련이 없습니다. 본인은 집이나 장기 요양 시설에서 이 사람을 간병하지 않습니다.

서명	증인 1의 정자체 성명
----	--------------

주소	전화번호(지역번호 포함)
----	---------------

증인 2

Date , Legal Name of Principle ,에 본인의 입회 하에 본 WA Cares Fund 혜택에 대한 제한 위임장에 서명했습니다. 본인은 당사자들의 요청에 따라 당사자들의 서명을 목격할 것에 동의했습니다. 본인은 이 사람과 혈연, 결혼 또는 주 등록 동거 관계에 따른 관련이 없습니다. 본인은 집이나 장기 요양 시설에서 이 사람을 간병하지 않습니다.

서명	증인 2의 정자체 성명
----	--------------

주소	전화번호(지역번호 포함)
----	---------------

인정서(공증인 작성)

주: _____
 카운티: _____
 본관의 면전에서 서명: Date , Legal Name of Principal _____.

공증인 서명

임명 만료일



**WA Cares Fund 혜택을
위한 제한 위임장**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

첨부: 연락처 정보

위임장을 체결하기 위해서는 본 연락처 정보가 필요하지 않지만 WA Cares 에 의해 필요합니다. 최대한 많은 정보를 제공해주십시오.

WA Cares 수혜자 연락처 정보

성명	전화번호	WA Cares ID 번호
도로 주소	시	주 우편 번호
우편 주소	시	주 우편 번호

대리인 연락처 정보

성명	전화번호
도로 주소	시 주 우편 번호
우편 주소	시 주 우편 번호

대체 대리인 연락처 정보(선택한 경우)

성명	전화번호
도로 주소	시 주 우편 번호
우편 주소	시 주 우편 번호