



نام ذی‌نفع

شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

وکالت‌نامه محدود برای مزایای WA Cares Fund چیست؟

WA Cares Fund (صندوق مراقبتی بلندمدت ایالت واشنگتن) برنامه امانی خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت است که طبق فصل 50B.04 RCW (قانون بازبینی‌شده واشنگتن)، تأسیس شده است. فرم وکالت‌نامه محدود برای مزایای WA Cares Fund یک سند قانونی است که به شخصی که شما انتخاب می‌کنید اجازه می‌دهد از طرف شما عمل کرده و در مورد مزایای WA Cares شما، طبق آنچه تحت فصل 50B.04 RCW اداره می‌شود، تصمیم‌گیری کند، از جمله تصمیماتی که با اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) و اداره تأمین اشتغال (ESD) اتخاذ می‌شود. در یک قرارداد وکالت‌نامه، «موکل» فردی است که وکالت می‌دهد، در حالی که شخصی که آن اختیار را دریافت می‌کند «وکیل» یا «نماینده تام‌الاختیار» نامیده می‌شود. این فرم با اداره تأمین اشتغال به اشتراک گذاشته خواهد شد.

آیا لازم است فرم وکالت‌نامه محدود برای مزایای WA Cares Fund را تکمیل کنم؟

شما ملزم به داشتن وکالت‌نامه نیستید. شما ملزم به استفاده از این فرم برای تنظیم یک قرارداد وکالت‌نامه نیستید. تکمیل این فرم اختیاری است و در هر زمان می‌توان آن را لغو کرد.

اگر از قبل وکالت‌نامه داشته باشم، چطور؟

اگر از قبل وکالت‌نامه دارید، می‌توانید آن سند را بررسی کنید تا مشخص شود آیا به وکیل شما این اختیار را می‌دهد که از طرف شما عمل کرده و در مورد مزایای WA Cares شما، تصمیم‌گیری کند. در این صورت، می‌توانید یک نسخه از آن را به WA Cares ارائه دهید. WA Cares باید یک نسخه از آن را در پرونده داشته باشد تا وکیل یا نماینده تام‌الاختیار شما بتواند مزایای شما را از طرف شما مدیریت کند.

اگر در مورد تنظیم وکالت‌نامه پرسشی داشته باشم، چطور؟

سلب مسئولیت: کارکنان WA Cares نمی‌توانند مشاوره حقوقی ارائه دهند یا به پرسش‌های مربوط به نحوه تکمیل این فرم پاسخ دهند. اگر در مورد اینکه آیا باید یک قرارداد وکالت‌نامه تنظیم کنید یا چگونه این کار را انجام دهید پرسشی دارید، باید با یک وکیل مشورت کنید.

اطلاعات تکمیلی و منابع حقوقی از طریق Northwest Justice Project (پروژه عدالت شمال غرب) در دسترس است.

وبسایت: www.nwjustice.org تلفن: 1-888-201-1012

موارد موردنیاز برای تنظیم این وکالت‌نامه:

برای تنظیم فرم مطابق با: RCW 11.125.050.

- نام کامل شما
- دو شاهد یا یک سردفتر اسناد رسمی

اطلاعاتی که WA Cares نیاز خواهد داشت:

- نشانی خیابان شما
- شماره تلفن شما
- شماره شناسایی WA Cares شما (در صورت اطلاع)
- نام قانونی و اطلاعات تماس وکیل

خدمات کم‌زبانی موجود است:

- خدمات ترجمه شفاهی
- خدمات زبان اشاره
- بریل
- کاربران TTY/TDD با شماره 1-800-833-6384 تماس بگیرند

این فرم را ارسال کنید:

بارگذاری: می‌توانید فرم‌های تکمیل‌شده را در حساب کاربری آنلاین WA Cares خود بارگذاری کنید.

ارسال پستی به:

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

برای اطلاعات بیشتر، با WA Cares تماس بگیرید:

تماس بگیرید: 844-CARE4WA (1-844-227-3492)

مراجعه حضوری: www.wacaresfund.wa.gov


 برای **Legal Name of Principal** ، **Date of Birth** :

1. **وکیل** من **Legal Name of Agent** را انتخاب می‌کنم، به‌عنوان وکیل من با اختیار مدیریت مزایای WA Cares Fund. اختیار اعطا شده توسط این سند به فرد فوق، محدود به تصمیم‌گیری در مورد مزایای WA Cares Fund من است و شامل سایر مزایای دولتی نمی‌شود.

2. **وکیل جایگزین (اختیاری)**. اگر وکیل نامبرده در بالا قادر یا مایل به اقدام نباشد، من **Legal Name of Alternate Agent** را انتخاب می‌کنم، به‌عنوان وکیل من با اختیار مدیریت مزایای WA Cares Fund.

3. **حقوق من**. من تمام حقوق تصمیم‌گیری برای خودم را در مورد مزایای WA Cares Fund، صرف‌نظر از اینکه این وکالتنامه معتبر باشد یا نه، تا زمانی که دیگر توانایی انجام این کار را نداشته باشم، حفظ می‌کنم.

4. **لغو**. من هرگونه وکالتنامه محدود دیگری را که در گذشته برای مزایای WA Cares Fund امضا کرده‌ام، لغو می‌کنم. من می‌توانم این وکالتنامه را در هر زمان لغو کنم.

5. **اختیارات**. وکیل من اختیار و قدرت کامل برای مدیریت مزایای WA Cares Fund من را به همان اندازه کامل و مؤثری که خودم می‌توانم انجام دهم، خواهد داشت، از جمله، اما نه محدود به، اختیار برای:

(a) ثبت‌نام، درخواست، انتخاب، رد، تغییر، اصلاح، یا قطع مزایا؛

(b) تهیه، ثبت، و پیگیری ادعای موکل برای مزایای WA Cares Fund؛

(c) آغاز، شرکت در، ارجاع به حل اختلاف جایگزین، حل و فصل، مخالفت با، یا پیشنهاد یا پذیرش مصالحه در رابطه با دعوی مربوط به هرگونه مزایای WA Cares Fund که موکل ممکن است تحت فصل 50B.04 RCW، مستحق دریافت آن باشد.

6. **مجوز HIPAA**. من به WA Cares Fund اجازه می‌دهم تمام اطلاعات تحت پوشش قانون قابلیت انتقال و مسئولیت‌پذیری بیمه سلامت مصوب (HIPAA) 1996 را که به مدیریت مزایای WA Cares من مربوط است، در اختیار وکیل من قرار دهد.

7. **تاریخ شروع**. این وکالتنامه از روز امضای آن، معتبر است.

8. **تاریخ پایان**. این وکالتنامه در صورت لغو توسط من یا پس از فوت من، خاتمه می‌یابد.

9. **وکالتنامه پایا (اختیاری)**. با علامت زدن این کادر، من تأیید می‌کنم که می‌خواهم وکیل من از این وکالتنامه برای مدیریت امور من استفاده کند، حتی اگر بیمار، مجروح، یا ناتوان شوم، و اینکه ناتوانی من بر این وکالتنامه تأثیری نخواهد داشت.

من اطلاعات فوق را خوانده و درک کرده‌ام.

تاریخ امضا

امضای من (در حضور یک سردفتر اسناد رسمی یا دو شاهد):

نام ذی‌نفع



وکالت‌نامه محدود



برای مزایای WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits

شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

اظهاری‌نامه شهود

شاهد 1

در تاریخ Date ، Legal Name of Principle ، این وکالت‌نامه محدود برای مزایای WA Cares Fund را در حضور من امضا نمود. من به درخواست ایشان با شاهد بودن امضایشان موافقت کردم. من هیچ نسبت خونی، سببی (از طریق ازدواج)، یا شراکت خانگی ثبت‌شده در ایالت با این شخص ندارم. من در خانه یا در یک مرکز مراقبت بلندمدت از این شخص مراقبت نمی‌کنم.

امضا

نام و نام خانوادگی خوانای شاهد 1

نشانی

شماره تلفن (با پیش‌شماره)

شاهد 2

در تاریخ Date ، Legal Name of Principle ، این وکالت‌نامه محدود برای مزایای WA Cares Fund را در حضور من امضا نمود. من به درخواست ایشان با شاهد بودن امضایشان موافقت کردم. من هیچ نسبت خونی، سببی (از طریق ازدواج)، یا شراکت خانگی ثبت‌شده در ایالت با این شخص ندارم. من در خانه یا در یک مرکز مراقبت بلندمدت از این شخص مراقبت نمی‌کنم.

امضا

نام و نام خانوادگی خوانای شاهد 2

نشانی

شماره تلفن (با پیش‌شماره)

گواهی تأیید (تکمیل توسط یک Notary Public)

ایالت

شهرستان

در تاریخ Date ، در حضور من امضا شد توسط Legal Name of Principal .

امضای Notary Public

تاریخ انقضای اعتبارنامه

نام ذی‌نفع



وکالت‌نامه محدود



برای مزایای WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits

شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

پیوست: اطلاعات تماس

این اطلاعات تماس برای تنظیم قرارداد وکالت‌نامه الزامی نیست، اما موردنیاز WA Cares است. تا جایی که می‌توانید، اطلاعات کافی ارائه دهید.

اطلاعات تماس ذی‌نفع WA Cares

| | | |
|--------------------|------------|------------------------|
| نام و نام خانوادگی | شماره‌تلفن | شماره شناسایی WA Cares |
| نشانی خیابان | شهر | ایالت کد پستی |
| نشانی پستی | شهر | ایالت کد پستی |

اطلاعات تماس وکیل

| | |
|--------------------|-------------------|
| نام و نام خانوادگی | شماره‌تلفن |
| نشانی خیابان | شهر ایالت کد پستی |
| نشانی پستی | شهر ایالت کد پستی |

اطلاعات تماس وکیل جایگزین (در صورت انتخاب)

| | |
|--------------------|-------------------|
| نام و نام خانوادگی | شماره‌تلفن |
| نشانی خیابان | شهر ایالت کد پستی |
| نشانی پستی | شهر ایالت کد پستی |