



WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ



ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ
WA Cares ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਕੀ ਹੈ?

WA Cares Fund ਚੈਪਟਰ 50B.04 ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਸੋਧਿਆ ਹੋਇਆ ਕੋਡ (RCW) ਦੇ ਤਹਿਤ ਸਥਾਪਿਤ ਲੰਬੇ-ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਟਰੱਸਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ। WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਫਾਰਮ ਇੱਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਚੁਣੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ WA Cares ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਚੈਪਟਰ 50B.04 RCW ਦੇ ਤਹਿਤ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (Department of Social and Health Services) ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ (Employment Security Department) ਨਾਲ ਲਏ ਗਏ ਫੈਸਲੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਸਮਝੌਤੇ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਉਸ ਸ਼ਕਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਏਜੰਟ ਜਾਂ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਅਟਾਰਨੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ (Employment Security Department) ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਕੀ ਮੈਨੂੰ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ WA Cares ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ WA Cares ਨੂੰ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਏਜੰਟ ਜਾਂ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਅਟਾਰਨੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ WA Cares ਕੋਲ ਫਾਈਲ 'ਤੇ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਬੇਦਾਅਵਾ: WA Cares ਦਾ ਸਟਾਫ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦਾ ਜਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਕਿ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵਕੀਲ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਨਾਰਥਵੈਸਟ ਜਸਟਿਸ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ (Northwest Justice Project) ਰਾਹੀਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰੋਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.nwjustice.org ਫੋਨ: 1-888-201-1012

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ:	ਇਸ POA ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ:
-------------------------	------------------------------------

<p>ਅੱਪਲੋਡ ਕਰੋ: ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮ ਆਪਣੇ ਆਨਲਾਈਨ WA Cares ਖਾਤੇ 'ਤੇ ਅੱਪਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।</p> <p>ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p> <p>ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ WA Cares ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: ਕਾਲ ਕਰੋ: 844-CARE4WA (1-844-227-3492) ਇੱਥੇ ਜਾਓ: www.wacaresfund.wa.gov</p>	<p>ਇਸ ਅਨੁਸਾਰ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ: RCW 11.125.050.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ਤੁਹਾਡਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ • ਦੇ ਗਵਾਹ ਜਾਂ ਇੱਕ ਨੋਟਰੀ
---	---

	ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸਦੀ WA Cares ਨੂੰ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ:
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • ਤੁਹਾਡਾ ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ • ਤੁਹਾਡਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ • ਤੁਹਾਡਾ WA Cares ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ) • ਏਜੰਟ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ
--	--

	ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਉਪਲਬਧ ਹੈ:
--	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • ਭਾਸ਼ਾ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ • ਸੈਨਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ • ਬ੍ਰੈਲ • TTY/TDD ਵਰਤੋਂਕਾਰ ਡਾਇਲ ਕਰਨ 1-800-833-6384
--	---



WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ

ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits



ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ
WA Cares ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)

ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ

ਲਈ Legal Name of Principal, Date of Birth:

1. ਏਜੰਟ। ਮੈਂ Legal Name of Agent, ਨੂੰ ਆਪਣੇ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਚੁਣਦਾ/ਚੁਣਦੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਉਪਰੋਕਤ-ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਅਧਿਕਾਰ ਮੇਰੇ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਲਾਭਾਂ ਤੱਕ।
2. ਬਦਲਵਾਂ (ਵਿਕਲਪਿਕ)। ਜੇਕਰ ਉੱਪਰ ਨਾਮਿਤ ਏਜੰਟ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਨੂੰ ਚੁਣਦਾ/ਚੁਣਦੀ ਹਾਂ Legal Name of Alternate Agent, WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ।
3. ਮੇਰੇ ਹੱਕ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹੱਕ ਰੱਖਦਾ/ਰੱਖਦੀ ਹਾਂ, ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਾ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੇਰੇ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ।
4. ਰੱਦ ਕਰਨਾ। ਮੈਂ ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।
5. ਸ਼ਕਤੀਆਂ। ਮੇਰੇ ਏਜੰਟ ਕੋਲ ਮੇਰੇ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੈਂ ਖੁਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਸ਼ਕਤੀ:
 - a) ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣਾ, ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ, ਚੋਣ ਕਰਨਾ, ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨਾ, ਬਦਲਣਾ, ਸੋਧਣਾ, ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨਾ;
 - b) WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕਰਨਾ, ਦਾਇਰ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣਾ;
 - c) ਚੈਪਟਰ 50B.04 RCW ਦੇ ਤਹਿਤ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਵਿਕਲਪਿਕ ਵਿਵਾਦ ਹੱਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਨਾ, ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ, ਨਿਪਟਾਰਾ ਕਰਨਾ, ਵਿਰੋਧ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਸਮਝੌਤੇ ਦਾ ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਜਾਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨਾ।
6. HIPAA ਰੀਲੀਜ਼। ਮੈਂ WA Cares Fund ਨੂੰ 1996 ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪੋਰਟੇਬਿਲਿਟੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਐਕਟ (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੋ ਮੇਰੇ WA Cares ਲਾਭ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ, ਮੇਰੇ ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।
7. ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਤਾਰੀਖ। ਇਹ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਉਸ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਿਨ ਮੈਂ ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।
8. ਅੰਤਿਮ ਤਾਰੀਖ। ਇਹ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਉਦੋਂ ਖਤਮ ਹੋਵੇਗੀ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਮੇਰੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
9. ਟਿਕਾਊ (ਵਿਕਲਪਿਕ)। ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ, ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਏਜੰਟ ਇਸ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮੇਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰੇ ਭਾਵੇਂ ਮੈਂ ਬਿਮਾਰ, ਜ਼ਖਮੀ, ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ ਜਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੀ ਅਪੰਗਤਾ ਇਸ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ।

ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।

ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ (ਇੱਕ ਨੋਟਰੀ ਜਾਂ ਦੋ ਗਵਾਹਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ):

ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ



WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ
ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ
WA Cares ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)

ਗਵਾਹਾਂ ਦਾ ਬਿਆਨ

ਗਵਾਹ 1

ਨੂੰ ਮੇਰੀ Date, Legal Name of Principle, ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਇਸ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ। ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤਾਂ ਦੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਇਆ/ਹੋਈ। ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਖੂਨ, ਵਿਆਹ, ਜਾਂ ਰਾਜ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਂਝੇਦਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਸਬੰਧਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਘਰ ਜਾਂ ਲੰਬੇ-ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ।

ਦਸਤਖਤ	ਗਵਾਹ 1 ਦਾ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਮ
-------	--------------------------

ਪਤਾ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਨਾਲ)
-----	-------------------------

ਗਵਾਹ 2

ਨੂੰ ਮੇਰੀ Date, Legal Name of Principle, ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਇਸ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ। ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤਾਂ ਦੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਇਆ/ਹੋਈ। ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਖੂਨ, ਵਿਆਹ, ਜਾਂ ਰਾਜ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਂਝੇਦਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਸਬੰਧਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਘਰ ਜਾਂ ਲੰਬੇ-ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ।

ਦਸਤਖਤ	ਗਵਾਹ 2 ਦਾ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਮ
-------	--------------------------

ਪਤਾ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਨਾਲ)
-----	-------------------------

ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ (ਇੱਕ ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ)

ਦੀ ਸਟੇਟ _____
 ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ _____
Date ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਸਾਹਮਣੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਦੁਆਰਾ Legal Name of Principal _____.

 ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

 ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਪੁੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ



WA Cares Fund ਲਾਭਾਂ

ਲਈ ਸੀਮਤ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits



ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ
WA Cares ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)

ਅਟੈਚਮੈਂਟ: ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇਹ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪਰ WA Cares ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ। ਜਿੰਨੀ ਹੋ ਸਕੇ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

WA Cares ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪੂਰਾ ਨਾਮ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	WA Cares ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਡਾਕ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਏਜੰਟ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪੂਰਾ ਨਾਮ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਡਾਕ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਬਦਲਵੇਂ ਏਜੰਟ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜੇਕਰ ਚੁਣਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ)

ਪੂਰਾ ਨਾਮ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਡਾਕ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ