



**Ограниченная  
доверенность на получение  
льгот от фонда WA Cares  
Limited Power of Attorney  
for WA Cares Fund Benefits**



Имя и фамилия получателя льгот
Идентификационный номер WA CARES (если известен)

**Что такое ограниченная доверенность на получение пособий из фонда WA Cares?**

WA Cares Fund — это программа долгосрочного обслуживания и поддержки, созданная в соответствии с главой 50B.04 RCW. Форма «Ограниченная доверенность на получение льгот WA Cares Fund» — это юридически обязывающий документ, который позволяет выбранному вами лицу действовать от вашего имени и принимать решения о ваших льготах WA Cares, предоставляемых в соответствии с главой 50B.04 RCW, включая решения, принимаемые совместно с Департаментом социального обеспечения и здравоохранения и Департаментом защиты занятости. В договоре о доверенности доверитель — это лицо, которое предоставляет доверенность, а лицо, получающее эту доверенность, называется агентом или поверенным. Эта форма будет передана в Департамент защиты занятости.

**Нужно ли мне заполнять форму «Ограниченная доверенность на получение льгот WA Cares Fund»?**

Вы не обязаны иметь доверенность. Вы не обязаны использовать эту форму для оформления договора о доверенности. Заполнение этой формы не является обязательным и может быть отменено в любое время.

**Что делать, если у меня уже есть доверенность?**

Если у вас уже есть доверенность, вы можете прочитать ее, чтобы определить, дает ли она вашему агенту право действовать от вашего имени и принимать решения о ваших льготах WA Cares. Если да, вы можете предоставить копию такой доверенности в WA Cares. WA Cares должна иметь копию в архиве, чтобы ваш агент или поверенный мог управлять вашими льготами от вашего имени.

**Что делать, если у меня возникнут вопросы о применении доверенности?**

**Обратите внимание:** Сотрудники WA Cares не могут давать юридические консультации или отвечать на вопросы о том, как заполнить эту форму. Если у вас есть вопросы о том, следует ли оформлять доверенность и как это сделать, вам следует проконсультироваться с адвокатом. Дополнительная информация и юридические ресурсы доступны от проекта Northwest Justice Project.  
**Веб-сайт:** [www.nwjustice.org](http://www.nwjustice.org)      **Телефон:** 1-888-201-1012

<b>Отправьте эту форму:</b>	<b>Необходимо для оформления данной</b>
<p><b>Загрузить:</b> Вы можете загрузить заполненные формы в свою учетную запись WA Cares онлайн.</p> <p><b>Отправьте по почте:</b> DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p> <p>Для получения дополнительной информации обратитесь в WA Cares: <b>По телефону:</b> 844-CARE4WA (1-844-227-3492) <b>Онлайн:</b> <a href="http://www.wacaresfund.wa.gov">www.wacaresfund.wa.gov</a></p>	<p>Для оформления формы в соответствии с: RCW <a href="#">11.125.050</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Укажите ваше полное имя и фамилию</li> <li>• Требуется два свидетеля или нотариус</li> </ul>
	<p><b>Информация, которая понадобится WA Cares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Адрес (улица и № дома)</li> <li>• Ваш номер телефона</li> <li>• Ваш идентификационный номер WA Cares (если известен)</li> <li>• ФИО и контактная информация агента</li> </ul>
	<p><b>Доступна языковая поддержка:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги переводчика на другой язык</li> <li>• Услуги перевода на жестовый язык</li> <li>• Шрифт Брайля</li> <li>• Только для пользователей TTY/TTD: 1-800-833-6384</li> </ul>



**Ограниченная  
доверенность на получение  
льгот от фонда WA Cares  
Limited Power of Attorney  
for WA Cares Fund Benefits**



Имя и фамилия получателя льгот

Идентификационный номер WA CARES (если известен)

**Ограниченная доверенность**

Для Legal Name of Principal, Date of Birth :

1. **Агент.** Я выбираю Legal Name of Agent в качестве моего агента, уполномоченного управлять льготами WA Cares Fund. Полномочия, предоставленные настоящим документом вышеуказанному лицу, ограничиваются решениями о моих льготах WA Cares Fund и не распространяются на другие государственные льготы.
2. **Заместитель (необязательно).** Если вышеуказанный агент не может или не желает действовать, я выбираю Legal Name of Alternate Agent в качестве моего агента, уполномоченного управлять льготами WA Cares Fund.
3. **Мои права.** Я сохраняю за собой все права самостоятельно принимать решения относительно моих льгот WA Cares Fund, независимо от того, действует ли эта доверенность, до тех пор, пока я не утрачу способность делать это.
4. **Отзыв предыдущей доверенности.** Я отзываю любую другую ограниченную доверенность на льготы из фонда WA Cares Fund, которую я подписал (-а) в прошлом. Я могу отозвать эту доверенность в любое время.
5. **Полномочия.** Мой агент имеет полные полномочия и права управлять моими льготами WA Cares Fund в такой же полной мере и так же эффективно, как я мог (-ла) бы делать это сам (-а), включая, помимо прочего, право:
  - a) Регистрироваться, подавать заявления, выбирать, отклонять, изменять, дополнять или прекращать получение льгот;
  - b) Подготавливать, подавать и вести заявление доверителя на получение льгот WA Cares Fund;
  - c) Инициировать, участвовать, подавать заявления на альтернативное разрешение споров, урегулирование, возражение или предложение или принятие компромисса в отношении судебных разбирательств, касающихся любых льгот WA Cares Fund, на которые доверитель может иметь право в соответствии с главой 50B.04 RCW.
6. **Разрешение на передачу информации, охраняемой законом HIPAA.** Я уполномочиваю WA Cares Fund раскрывать моему агенту всю информацию, регулируемую Законом об обеспечении доступности и подотчетности в медицинском страховании 1996 года (HIPAA), которая имеет отношение к управлению моими льготами WA Cares.
7. **Дата начала.** Эта доверенность вступает в силу в день ее подписания.
8. **Дата окончания срока действия.** Эта доверенность теряет силу, если я ее отзову или когда я умру.
9. **Долгосрочная (необязательно).**  Отметив этот квадрат, я подтверждаю, что хочу, чтобы мой агент использовал эту доверенность для управления моими делами, даже если я заболею, получу травму или стану недееспособным (-ой), и что моя инвалидность не повлияет на эту доверенность.

**Я прочитал (-а) и понял (-а) вышеизложенную информацию.**

Моя подпись (в присутствии нотариуса и двух свидетелей):

Дата подписания



**Ограниченная  
доверенность на получение  
льгот от фонда WA Cares  
Limited Power of Attorney  
for WA Cares Fund Benefits**



Имя и фамилия получателя льгот
Идентификационный номер WA Cares (если известен)

**Заявление свидетелей**

**Свидетель 1**

Date \_\_\_\_\_, Legal Name of Principle \_\_\_\_\_, подписал(а) в моем присутствии эту ограниченную доверенность на получение льгот от WA Cares Fund. Я согласился (-ась) засвидетельствовать подпись этого лица по его запросу. Я не являюсь родственником этому лицу по крови, на основании брака или зарегистрированного властями штата домашнего партнерства. Я не оказываю уход за этим человеком на дому или в учреждении по оказанию долгосрочного ухода.

Подпись	Фамилия и имя свидетеля 1 печатными буквами
---------	---

Адрес	Номер телефона (с кодом региона)
-------	----------------------------------

**Свидетель 2**

Date \_\_\_\_\_, Legal Name of Principle \_\_\_\_\_, подписал(а) в моем присутствии эту ограниченную доверенность на получение льгот от WA Cares Fund. Я согласился (-ась) засвидетельствовать подпись этого лица по его запросу. Я не являюсь родственником этому лицу по крови, на основании брака или зарегистрированного властями штата домашнего партнерства. Я не оказываю уход за этим человеком на дому или в учреждении по оказанию долгосрочного ухода.

Подпись	Фамилия и имя свидетеля 2 печатными буквами
---------	---

Адрес	Номер телефона (с кодом региона)
-------	----------------------------------

**Свидетельство о признании (заполняется нотариусом)**

Штат \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_  
 Подписано в моем присутствии в следующую дату: Date кем: Legal Name of Principal \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Подпись нотариуса

\_\_\_\_\_  
Комиссия Дата истечения срока действия



**Ограниченная  
доверенность на получение  
льгот от фонда WA Cares  
Limited Power of Attorney  
for WA Cares Fund Benefits**



Имя и фамилия получателя льгот

Идентификационный номер WA CARES (если известен)

**Приложение: Контактная информация**

Эта контактная информация не требуется для оформления договора доверенности, но необходима WA Cares. Предоставьте как можно больше информации.

**Контактная информация получателя льгот WA Cares**

Полные имя и фамилия	Номер телефона	Идентификационный номер WA Cares
----------------------	----------------	----------------------------------

Адрес (улица и № дома)	Город	Штат	Почтовый индекс
------------------------	-------	------	-----------------

Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------	-------	------	-----------------

**Как связаться с агентом**

Полные имя и фамилия	Номер телефона
----------------------	----------------

Адрес (улица и № дома)	Город	Штат	Почтовый индекс
------------------------	-------	------	-----------------

Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------	-------	------	-----------------

**Контактная информация заместителя агента (если выбран)**

Полные имя и фамилия	Номер телефона
----------------------	----------------

Адрес (улица и № дома)	Город	Штат	Почтовый индекс
------------------------	-------	------	-----------------

Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------	-------	------	-----------------