



**Limitadong Power of Attorney
para sa Mga Benepisyong
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Pangalan ng Benepisyaryo
Numero ng ID ng WA Cares (kung alam)

Ano ang isang Limitadong Power of Attorney para sa Mga Benepisyong ng WA Cares Fund?	
Ang WA Cares Fund ay ang Long-Term Services and Supports Trust Program na itinatag sa ilalim ng kabanata 50B.04 RCW. Ang form na Limitadong Power of Attorney para sa Mga Benepisyong ng WA Cares Fund ay isang legal na dokumento na nagpapahintulot sa isang taong pipiliin mo na kumilos para sa iyo at gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong mga benepisyong sa WA Cares, na pinangangasiwaan sa ilalim ng kabanata 50B.04 RCW, kabilang ang mga desisyong ginawa kasama ang Department of Social and Health Services at ang Employment Security Department. Sa isang kasunduan sa power of attorney, ang prinsipal ay ang indibidwal na nagbibigay ng power of attorney, habang ang taong tumatanggap ng kapangyarihang iyon ay tinatawag na ahente o attorney-in-fact. Ang form na ito ay ibabahagi sa Employment Security Department.	
Kailangan ko bang kumpletuhin ang form na Limitadong Power of Attorney para sa Mga Benepisyong ng WA Cares Fund?	
Hindi ka kinakailangang magkaroon ng isang power of attorney. Hindi ka kinakailangang gamitin ang form na ito para magsagawa ng isang kasunduan sa power of attorney. Ang pagkumpleto sa form na ito ay opsyonal at maaaring bawiin anumang oras.	
Paano kung mayroon na akong power of attorney?	
Kung mayroon ka nang power of attorney, maaari mong suriin ang dokumentong iyon upang matukoy kung binibigyan nito ang iyong ahente ng awtoridad na kumilos para sa iyo at gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong mga benepisyong sa WA Cares. Kung gayon, maaari kang magbigay ng kopya sa WA Cares. Dapat magkaroon ang WA Cares ng kopya na naka-file para mapangasiwaan ng iyong ahente o attorney-in-fact ang iyong mga benepisyong para sa iyo.	
Paano kung mayroon akong mga tanong tungkol sa pagsasagawa ng power of attorney?	
Disclaimer: Ang mga kawani ng WA Cares ay hindi maaaring mag-alok ng legal na payo o sumagot ng mga tanong tungkol sa kung paano kumpletuhin ang form na ito. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung dapat magsagawa ng isang kasunduan sa power of attorney o kung paano ito gawin, dapat kang kumunsulta sa isang abogado. Available ang karagdagang impormasyon at mga legal na mapagkukunan sa pamamagitan ng Northwest Justice Project. Website: www.nwjustice.org Telepono: 1-888-201-1012	
Isumite ang form na ito:	Kailangan para maisagawa ang POA na ito:
I-upload: Maaari mong i-upload ang mga kumpletong form sa iyong online na WA Cares account.	Upang isagawa ang form alinsunod sa: RCW 11.125.050 .
Ipadala sa koreo sa: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	<ul style="list-style-type: none"> • Ang iyong buong pangalan • Dalawang saksi o isang notaryo
Makipag-ugnayan sa WA Cares para sa karagdagang impormasyon:	Impormasyong kakailanganin ng WA Cares:
Tumawag sa: 844-CARE4WA (1-844-227-3492)	<ul style="list-style-type: none"> • Ang tirahan ng iyong kalye • Ang iyong numero ng telepono • Ang iyong numero ng ID ng WA Cares (kung alam) • Legal na pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng Ahente
Bumisita: www.wacaresfund.wa.gov	Mayroong tulong sa wika:
	<ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo ng interpreter sa wika • Mga Serbisyo sa Sign Language • Braille • Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay mag-dial sa 1-800-833-6384



**Limitadong Power of Attorney
para sa Mga Benepisyo ng
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Pangalan ng Benepisyaryo
Numero ng ID ng WA Cares (kung alam)

Limitadong Power of Attorney

Para sa Legal Name of Principal, Date of Birth:

- Ahente.** Pinipili ko si Legal Name of Agent, bilang aking ahente na may awtoridad na pamahalaan ang aking mga benepisyo sa WA Cares Fund. Ang awtoridad na ipinagkaloob ng dokumentong ito sa indibidwal na nabanggit sa itaas ay limitado sa mga desisyon tungkol sa aking mga benepisyo sa WA Cares Fund at hindi sa iba pang benepisyo ng gobyerno.
- Kahalili (opsyonal).** Kung ang ahenteng pinangalanan sa itaas ay hindi kaya o ayaw kumilos, pinipili ko si Legal Name of Alternate Agent, bilang aking ahente na may awtoridad na pangasiwaan ang mga benepisyo ng WA Cares Fund.
- Aking mga Karapatan.** Pinapanatili ko ang lahat ng karapatan na gumawa ng mga desisyon para sa aking sarili tungkol sa aking mga benepisyo sa WA Cares Fund, anuman ang pagiging epektibo ng power of attorney na ito, hanggang sa wala na akong kakayahang gawin ito.
- Pagbawi.** Binabawi ko ang anumang iba pang Limitadong Power of Attorney para sa mga benepisyo ng WA Cares Fund na pinirmahan ko sa nakaraan. Maaari kong bawiin ang power of attorney na ito anumang oras.
- Mga Kapangyarihan.** Ang aking Ahente ay magkakaroon ng buong kapangyarihan at awtoridad na pangasiwaan ang aking mga benepisyo sa WA Cares Fund nang kasing-lubos at kasing-epektibo na parang ako mismo ang gumagawa, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, kapangyarihang:
 - Mag-enroll, mag-apply, pumili, tumanggi, magbago, mag-amyenda, o magpatigil ng mga benepisyo;
 - Maghanda, maghain, at magpanatili ng isang claim ng prinsipal para sa mga benepisyo ng WA Cares Fund;
 - Magsimula, lumahok sa, magpasakop sa alternatibong paglutas ng hindi pagkakaunawaan, ayusin, tutulan, o magmungkahi o tumanggap ng isang kompromiso kaugnay sa paglilitis tungkol sa anumang benepisyo ng WA Cares Fund na maaaring karapatan kong matanggap sa ilalim ng kabanata 50B.04 RCW.
- Pagpapalabas sa ilalim ng HIPAA.** Pinahihintulutan ko ang WA Cares Fund na ilabas ang lahat ng impormasyong saklaw ng Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) na may kaugnayan sa pangangasiwa ng aking benepisyo sa WA Cares, sa aking Ahente.
- Petsa ng Pagsisimula.** Ang power of attorney na ito ay epektibo sa araw na pirmahan ko ito.
- Petsa ng Pagtatapos.** Ang power of attorney na ito ay magwawakas kung babawiin ko ito o kapag ako ay pumanaw.
- Durable (opsyonal).** Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa kahon na ito, pinapatunayan ko na gusto kong gamitin ng aking Ahente ang power of attorney na ito para pangasiwaan ang aking mga usapin kahit na ako ay magkasakit, masugatan, o mawalan ng kakayahan, at na ang aking kapansanan ay hindi makakaapekto sa power of attorney na ito.

Nabasa ko at nauunawaan ang impormasyon sa itaas.

Aking lagda (sa harap ng isang notaryo o dalawang saksi): Petsa ng Pagkakalagda



**Limitadong Power of Attorney
para sa Mga Benepisyo ng
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Pangalan ng Benepisyaryo
Numero ng ID ng WA Cares (kung alam)

Pahayag ng mga Saksi

Saksi 1

Noong Date, Legal Name of Principle, ay nilagdaan ang limitadong power of attorney na ito para sa mga benepisyo ng WA Cares Fund sa aking harapan. Pumayag akong saksihan ang kanyang lagda sang-ayon sa kanyang kahilingan. Wala akong kaugnayan sa taong ito sa dugo, kasal, o state registered domestic partnership. Hindi ako nagbibigay ng pangangalaga sa taong ito sa bahay o sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.

Lagda	Nakalimbag na Pangalan ng Saksi 1
Address	Numero ng Telepono (na may area code)

Saksi 2

Noong Date, Legal Name of Principle, ay nilagdaan ang limitadong power of attorney na ito para sa mga benepisyo ng WA Cares Fund sa aking harapan. Pumayag akong saksihan ang kanyang lagda sang-ayon sa kanyang kahilingan. Wala akong kaugnayan sa taong ito sa dugo, kasal, o state registered domestic partnership. Hindi ako nagbibigay ng pangangalaga sa taong ito sa bahay o sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.

Lagda	Nakalimbag na Pangalan ng Saksi 2
Address	Numero ng Telepono (na may area code)

Sertipiko ng Pagkilala (kinumpleto ng isang Notary Publiko)

Estado ng _____
 County ng _____
 Nilagdaan sa harap ko noong Date ni Legal Name of Principal.

 Lagda ng Notary Publiko

 Petsa ng Pag-expire ng Komisyon



**Limitadong Power of Attorney
para sa Mga Benepisyo ng
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Pangalan ng Benepisyaryo
Numero ng ID ng WA Cares (kung alam)

Kalakip: Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Ang impormasyong ito sa pakikipag-ugnayan ay hindi kinakailangan upang maisagawa ang isang kasunduan sa Power of Attorney ngunit kailangan ng WA Cares. Ibigay ang pinakamaraming impormasyon na kaya mo.

Impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng benepisyaryo ng WA Cares

Buong Pangalan	Numero ng Telepono	Numero ng ID ng WA Cares
Tirahan ng kalye	Lungsod	Estado Zip Code
Address para sa Koreo	Lungsod	Estado Zip Code

Impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng ahente

Buong Pangalan	Numero ng Telepono
Tirahan ng kalye	Lungsod Estado Zip Code
Address para sa Koreo	Lungsod Estado Zip Code

Impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng kahaliling ahente (kung pinili)

Buong Pangalan	Numero ng Telepono
Tirahan ng kalye	Lungsod Estado Zip Code
Address para sa Koreo	Lungsod Estado Zip Code