



**Обмежена довіреність
на отримання пільг від
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Ім'я та прізвище бенефіціара

Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Що таке обмежена довіреність на отримання пільг від WA Cares Fund?

WA Cares Fund — це довірча програма довгострокових послуг та підтримки, створена відповідно до розділу 50B.04 RCW. Форма обмеженої довіреності на отримання пільг WA Cares Fund — це юридичний документ, який дозволяє обраній вами особі діяти від вашого імені та приймати рішення щодо ваших пільг WA Cares, як це передбачено розділом 50B.04 RCW, включаючи рішення, що приймаються разом з Департаментом соціального забезпечення та охорони здоров'я та Департаментом безпеки зайнятості. У договорі довіреності довіритель є особа, яка надає довіреність, тоді як особа, яка отримує цю довіреність, називається агентом або довіреною особою. Цю форму буде надіслано до Департаменту безпеки зайнятості.

Чи потрібно мені заповнювати форму обмеженої довіреності на отримання пільг від WA Cares Fund?

Ви не зобов'язані мати довіреність. Ви не зобов'язані використовувати цю форму для оформлення договору довіреності. Заповнення цієї форми є необов'язковим і може бути скасовано будь-коли.

Що робити, якщо в мене вже є довіреність?

Якщо у вас вже є довіреність, ви можете переглянути цей документ, щоб визначити, чи надає вона вашому представнику повноваження діяти від вашого імені та приймати рішення щодо ваших пільг WA Cares. Якщо так, ви можете надати копію до WA Cares. WA Cares повинні мати копію у своєму файлі, щоб ваш агент або юрист могли фактично керувати вашими пільгами від вашого імені.

Що робити, якщо у мене виникнуть питання щодо оформлення довіреності?

Застереження: Співробітники WA Cares не можуть надавати юридичні консультації або відповідати на запитання щодо заповнення цієї форми. Якщо у вас є питання щодо того, чи слід укласти договір довіреності або як це зробити, вам слід звернутися до юриста.

Додаткову інформацію та правові ресурси можна отримати через організацію Northwest Justice Project.

Веб-сайт: www.nwjustice.org **Телефон:** 1-888-201-1012

Надішліть цю форму:

Завантажте: Ви можете завантажити заповнені форми до свого онлайн-облікового запису WA Cares.

Надішліть на адресу:
DSHS
The WA Cares Fund
PO Box 45612
Olympia, WA 98504-5612

Зверніться до WA Cares для отримання додаткової інформації:

Телефонуйте: 844-CARE4WA (1-844-227-3492)

Відвідайте: www.wacaresfund.wa.gov

Необхідно для оформлення цієї довіреності

Щоб оформити форму відповідно до: RCW [11.125.050](#).

- Ваше повне ім'я
- Двоє свідків або нотаріус

Інформація, яка знадобиться WA Cares:

- Ваша адреса вулиці
- Ваш номер телефону
- Ваш ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)
- Офіційне ім'я та контактна інформація агента

Доступна мовна допомога:

- Послуги перекладачів
- Послуги жестової мови
- Шрифт Брайля
- Користувачам ТТТ/ТДД слід набрати 1-800-833-6384



**Обмежена довіреність
на отримання пільг від
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Ім'я та прізвище бенефіціара

Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Обмежена довіреність

Для Legal Name of Principal, Date of Birth:

1. **Агент.** Я вибираю Legal Name of Agent як мого агента, уповноваженого керувати моїми пільгами WA Cares Fund. Повноваження, надані цим документом вищезгаданій особі, обмежуються рішеннями щодо моїх пільг WA Cares Fund, а не інших державних пільг.
2. **Альтернативно (необов'язково).** Якщо агент, зазначений вище, не може або не бажає діяти, я обираю Legal Name of Alternate Agent як мого агента, уповноваженого керувати пільгами WA Cares Fund.
3. **Мої права.** Я зберігаю за собою всі права ухвалювати рішення щодо своїх пільг WA Cares Fund, незалежно від того, чи діє ця довіреність, до того часу, поки я маю здатність це робити.
4. **Скасування.** Я скасовую будь-які інші обмежені довіреності на отримання пільг WA Cares Fund, підписані мною минулому. Я можу скасувати цю довіреність у будь-який час.
5. **Повноваження.** Мій агент має повні повноваження та права керувати моїми пільгами WA Cares Fund так само повно та ефективно, як це міг би робити я сам, включаючи, але не обмежуючись наступними повноваженнями:
 - (a) Реєструватися, подавати заявки, обирати, відхилити, змінювати, вносити зміни або припиняти пільги;
 - (b) Готувати, подавати та підтримувати заявку довірителя на отримання пільг WA Cares Fund;
 - (c) Ініціювати, брати участь, подавати заявку на альтернативне вирішення спорів, врегулювати, заперечувати або пропонувати чи приймати компроміс щодо судового розгляду будь-яких пільг WA Cares Fund, на які довіритель може мати право відповідно до розділу 50B.04 RCW.
6. **Розкриття інформації відповідно до HIPAA.** Я уповноважую WA Cares Fund розголошувати моему агенту всю інформацію, що регулюється Законом про безперервність дії та прозорість медичного страхування 1996 року (HIPAA), яка стосується управління моїми пільгами WA Cares.
7. **Дата початку дії.** Ця довіреність набуває чинності з дня її підписання мною.
8. **Дата закінчення дії.** Ця довіреність припиняє свою дію, якщо я її скасую або коли я помру.
9. **Довіреність на випадок втрати дієздатності (необов'язково).** Поставивши позначку в цьому полі, я підтверджую, що я хочу, щоб мій агент використовував цю довіреність для управління моїми справами, навіть якщо я захворію, отримаю травму або стану недеєздатним, і щоб моя інвалідність не вплинула на цю довіреність.

Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) вищезазначену інформацію.

Мій підпис (у присутності нотаріуса або двох свідків):

Дата підпису



**Обмежена довіреність
на отримання пільг від
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Ім'я та прізвище бенефіціара

Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Заяви свідків

Свідок 1

Цієї дати Date _____, Legal Name of Principle _____, підписав(-ла) цю обмежену довіреність на отримання пільг WA Cares Fund у моїй присутності. Я погодився бути свідком підпису цієї особи та на її прохання. Я не маю з цією особою кровних споріднень, шлюбних стосунків чи зареєстрованого державою домашнього партнерства. Я не надаю допомогу цій особі вдома чи в закладі довгострокового догляду.

Підпис

Прізвище та ім'я свідка 1 (друкованими літерами)

Адреса

Номер телефону (з кодом регіону)

Свідок 2

Цієї дати Date _____, Legal Name of Principle _____, підписав(-ла) цю обмежену довіреність на отримання пільг WA Cares Fund у моїй присутності. Я погодився бути свідком підпису цієї особи та на її прохання. Я не маю з цією особою кровних споріднень, шлюбних стосунків чи зареєстрованого державою домашнього партнерства. Я не надаю допомогу цій особі вдома чи в закладі довгострокового догляду.

Підпис

Прізвище та ім'я свідка 2 (друкованими літерами)

Адреса

Номер телефону (з кодом регіону)

Свідоцтво про підтвердження (заповнене нотаріусом)

Штат _____

Округ _____

Підписано переді мною цієї дати Date _____ цією особою Legal Name of Principal _____.

Підпис нотаріуса

Дата закінчення строку повноважень нотаріуса



**Обмежена довіреність
на отримання пільг від
WA Cares Fund**
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



Ім'я та прізвище бенефіціара

Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Додаток: Контактна інформація

Ця контактна інформація не потрібна для підписання договору довіреності, але вона потрібна WA Cares. Надайте якомога більше інформації.

Контактна інформація бенефіціара WA Cares

Повне ім'я	Номер телефону	Ідентифікаційний номер WA Cares
------------	----------------	---------------------------------

Адреса вулиці	Місто	Штат	Поштовий індекс
---------------	-------	------	-----------------

Адреса для листування	Місто	Штат	Поштовий індекс
-----------------------	-------	------	-----------------

Контактна інформація агента

Повне ім'я	Номер телефону
------------	----------------

Адреса вулиці	Місто	Штат	Поштовий індекс
---------------	-------	------	-----------------

Адреса для листування	Місто	Штат	Поштовий індекс
-----------------------	-------	------	-----------------

Контактна інформація альтернативного агента (якщо обрано)

Повне ім'я	Номер телефону
------------	----------------

Адреса вулиці	Місто	Штат	Поштовий індекс
---------------	-------	------	-----------------

Адреса для листування	Місто	Штат	Поштовий індекс
-----------------------	-------	------	-----------------