



**Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund**  
**Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits**



Tên Người Thụ Hưởng
Số ID của WA Cares (nếu có)

**Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund là gì?**

WA Cares Fund là Chương Trình Quỹ Hỗ Trợ và Dịch Vụ Dài Hạn được thành lập theo chương 50B.04 RCW. Mẫu Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund là một tài liệu pháp lý cho phép người nào đó mà quý vị chọn để thay mặt quý vị hành động và đưa ra quyết định về các phúc lợi WA Cares, theo quy định tại Chương 50B.04 RCW, bao gồm các quyết định được đưa ra với Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) và Sở Trợ Cấp Thất Nghiệp (ESD). Trong một thỏa thuận ủy quyền, người ủy quyền là cá nhân cấp quyền ủy quyền, trong khi người được nhận quyền đó được gọi là người đại diện hoặc người được ủy quyền hợp pháp. Mẫu giấy ủy quyền này sẽ được chia sẻ với Sở Trợ Cấp Thất Nghiệp.

**Tôi có cần phải hoàn tất mẫu giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund không?**

Quý vị không cần phải có một giấy ủy quyền nào. Quý vị không cần phải sử dụng mẫu giấy ủy quyền này để thực hiện thỏa thuận ủy quyền. Không bắt buộc quý vị phải hoàn tất mẫu giấy ủy quyền này và có thể được hủy bỏ vào bất kỳ lúc nào.

**Nếu tôi đã có giấy ủy quyền thì sao?**

Nếu quý vị đã có giấy ủy quyền, quý vị có thể xem lại tài liệu đó để xác định xem người đại diện của quý vị có quyền thay mặt quý vị hành động và đưa ra quyết định về các phúc lợi WA Cares của quý vị hay không. Nếu vậy, quý vị có thể cung cấp một bản sao cho WA Cares. WA Cares phải có một bản sao lưu trong hồ sơ để người đại diện hoặc người được ủy quyền hợp pháp của quý vị có thể quản lý các phúc lợi thay mặt cho quý vị.

**Nếu tôi có thắc mắc về việc thực hiện giấy ủy quyền thì sao?**

**Miễn trừ trách nhiệm:** Nhân viên WA Cares không thể cung cấp dịch vụ tư vấn pháp lý hoặc giải đáp thắc mắc về cách thức hoàn tất mẫu giấy ủy quyền này. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu có nên thực hiện hay không hoặc cách thức thực hiện giấy ủy quyền, quý vị nên tham khảo ý kiến của một luật sư. Thông tin bổ sung và các nguồn trợ giúp pháp lý hiện có thông qua Northwest Justice Project.

**Trang web:** [www.nwjustice.org](http://www.nwjustice.org) **Điện thoại:** 1-888-201-1012

<b>Nội dung mẫu giấy ủy quyền này:</b>	<b>Điều cần thiết để thực hiện POA này:</b>
<b>Tải lên:</b> Quý vị có thể tải các mẫu đơn đã hoàn tất lên tài khoản WA Cares trực tuyến của mình.	Để thực hiện mẫu đơn theo đúng: RCW <a href="#">11.125.050</a> .
<b>Gửi đến:</b> DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tên họ đầy đủ của quý vị</li> <li>Hai nhân chứng hoặc một công chứng viên</li> </ul>
Liên hệ với WA Cares để biết thêm thông tin: <b>Gọi:</b> 844-CARE4WA (1-844-227-3492) <b>Truy cập:</b> <a href="http://www.wacaresfund.wa.gov">www.wacaresfund.wa.gov</a>	<b>WA Cares sẽ cần các thông tin như sau:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Địa chỉ đường của quý vị</li> <li>Số điện thoại của quý vị</li> <li>Số ID của WA Cares của quý vị (nếu có)</li> <li>Tên hợp pháp và thông tin liên hệ của người đại diện</li> </ul>
	<b>Hỗ trợ ngôn ngữ hiện có:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ phiên dịch viên ngôn ngữ</li> <li>Dịch Vụ Ngôn Ngữ Ký Hiệu</li> <li>Chữ Braille</li> <li>Người dùng TTY/TDD gọi số 1-800-833-6384</li> </ul>



**Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund**  
**Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits**



Tên Người Thụ Hưởng

Số ID của WA Cares (nếu có)

**Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn**

Dành cho Legal Name of Principal, Date of Birth:

- Người Đại Diện.** Tôi chọn Legal Name of Agent, làm người đại diện của tôi có quyền quản lý các phúc lợi WA Cares Fund. Quyền được cấp cho cá nhân nêu trên trong tài liệu này chỉ giới hạn trong quyết định về các phúc lợi WA Cares Fund của tôi chứ không phải các phúc lợi chính phủ khác.
- Người Đại Diện Thay Thế (không bắt buộc).** Nếu người đại diện nêu trên không thể hoặc không muốn hành động, tôi chọn Legal Name of Alternate Agent, làm người đại diện của tôi có quyền quản lý các phúc lợi WA Cares Fund.
- Các Quyền Của Tôi.** Tôi duy trì mọi quyền tự đưa ra quyết định cho bản thân về các phúc lợi WA Cares Fund của mình, bất kể giấy ủy quyền này có hiệu lực hay không, cho đến khi tôi không còn đủ khả năng để thực hiện điều đó.
- Hủy Bỏ.** Tôi hủy bỏ bất kỳ Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund mà tôi đã ký trước đây. Tôi có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này vào bất kỳ lúc nào.
- Các Quyền.** Người Đại Diện của tôi sẽ có toàn quyền và thẩm quyền quản lý các phúc lợi WA Cares Fund một cách đầy đủ và hiệu quả như bản thân tôi có thể thực hiện, bao gồm nhưng không giới hạn ở quyền được:
  - Đăng ký, nộp đơn xin, lựa chọn, từ chối, thay đổi, sửa đổi hoặc chấm dứt các phúc lợi;
  - Chuẩn bị, nộp và duy trì hồ sơ yêu cầu các phúc lợi WA Cares Fund thay mặt cho người ủy quyền;
  - Khởi đầu, tham gia, chấp nhận giải quyết tranh chấp bằng phương thức thay thế, dàn xếp, phản đối, hoặc đề xuất hay chấp nhận thỏa hiệp liên quan đến vụ kiện tụng về bất kỳ phúc lợi WA Cares Fund nào mà người ủy quyền có thể được hưởng theo chương 50B.04 RCW.
- Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Theo HIPAA.** Tôi cho phép WA Cares Fund tiết lộ cho Người Đại Diện của tôi về tất cả thông tin thuộc phạm vi điều chỉnh của Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA) có liên quan đến việc quản lý các phúc lợi WA Cares của tôi.
- Ngày Bắt Đầu.** Giấy ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày tôi ký.
- Ngày Kết Thúc.** Giấy ủy quyền này sẽ chấm dứt nếu tôi hủy bỏ hoặc khi tôi qua đời.
- Tính Bền Vững (không bắt buộc).**  Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi chứng thực rằng tôi muốn Người Đại Diện sử dụng giấy ủy quyền này để quản lý các công việc của tôi cho dù tôi bị ốm, bị chấn thương hoặc mất năng lực, và rằng tình trạng khuyết tật của tôi sẽ không ảnh hưởng đến hiệu lực của giấy ủy quyền này.

**Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây.**

Chữ ký của tôi (trước mặt một công chứng viên hoặc hai nhân chứng):

Ngày Ký



**Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund**  
**Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits**



Tên Người Thụ Hưởng
Số ID của WA Cares (nếu có)

**Tuyên Bố của Nhân Chứng**

**Nhân Chứng 1**

Vào Date, Legal Name of Principle, đã ký giấy ủy quyền có giới hạn đối với các phúc lợi WA Cares Fund này trước sự chứng kiến của tôi. Tôi đã đồng ý làm nhân chứng cho chữ ký của họ theo yêu cầu của họ. Tôi không có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc bạn tình có đăng ký tiểu bang với người này. Tôi không cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này tại nhà hoặc trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chữ Ký	Viết In Tên Nhân Chứng 1
--------	--------------------------

Địa Chỉ	Số Điện Thoại (có mã vùng)
---------	----------------------------

**Nhân Chứng 2**

Vào Date, Legal Name of Principle, đã ký giấy ủy quyền có giới hạn đối với các phúc lợi WA Cares Fund này trước sự chứng kiến của tôi. Tôi đã đồng ý làm nhân chứng cho chữ ký của họ theo yêu cầu của họ. Tôi không có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc bạn tình có đăng ký tiểu bang với người này. Tôi không cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này tại nhà hoặc trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chữ Ký	Viết In Tên Nhân Chứng 2
--------	--------------------------

Địa Chỉ	Số Điện Thoại (có mã vùng)
---------	----------------------------

**Chứng Nhận Việc Thừa Nhận (do Công Chứng Viên hoàn tất)**

Tiểu Bang \_\_\_\_\_  
 Quận \_\_\_\_\_  
 Đã ký trước mặt tôi vào Date bởi Legal Name of Principal.

\_\_\_\_\_  
 Chữ Ký của Công Chứng Viên

\_\_\_\_\_  
 Ngày Giấy Ủy Quyền Công Chứng Hết Hạn



**Giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund**  
**Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits**



Tên Người Thụ Hưởng
Số ID của WA Cares (nếu có)

**Đính Kèm: Thông Tin Liên Hệ**

Thông tin liên hệ này không bắt buộc để thực hiện thỏa thuận Ủy Quyền nhưng cần thiết cho WA Cares. Xin cung cấp thông tin càng nhiều càng tốt.

**Thông tin liên hệ của người thụ hưởng WA Cares**

Họ Tên	Số Điện Thoại	Số ID của WA Cares
Địa Chỉ Đường	Thành Phố	Tiểu Bang Mã Bưu Chính
Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố	Tiểu Bang Mã Bưu Chính

**Thông tin liên hệ của người đại diện**

Họ Tên	Số Điện Thoại
Địa Chỉ Đường	Thành Phố Tiểu Bang Mã Bưu Chính
Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố Tiểu Bang Mã Bưu Chính

**Thông tin liên hệ của Người Đại Diện Thay Thế (nếu chọn)**

Họ Tên	Số Điện Thoại
Địa Chỉ Đường	Thành Phố Tiểu Bang Mã Bưu Chính
Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố Tiểu Bang Mã Bưu Chính