

Poder Notarial Duradero para Finanzas (Durable Power of Attorney for Finances)

de (for) _____

Mi nombre (my name)

Mi fecha de nacimiento (my birth date)

- Representante.** Selecciono a _____, como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.
- Suplente.** Si el Representante arriba mencionado no puede o no está dispuesto a actuar, selecciono a _____, como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.
- Mis derechos.** Me reservo el derecho de tomar decisiones financieras por mí mismo(a) mientras sea capaz de hacerlo.
- Duradero.** Mi Representante puede usar este poder notarial para administrar mis finanzas aun si yo me enfermo o me lesiono y no puedo tomar decisiones por mí mismo. Mi discapacidad no afectará este poder notarial.
- Fecha de Inicio.** Este poder notarial entra en vigencia: (marcar uno)
 Inmediatamente
 Solamente si mi proveedor médico firma una carta diciendo que no puedo tomar decisiones por mí mismo(a).
- Fecha de Fin.** Este poder notarial vence si yo lo revoco o cuando yo muera. Si mi cónyuge o pareja doméstica es mi Representante, este poder notarial vence si cualquiera de nosotros presenta una petición de divorcio en el juzgado.
- Revocación.** Revoco cualquier documento de poder notarial para finanzas que haya firmado en el pasado. Comprendo que puedo revocar este poder notarial en cualquier momento dando aviso escrito de la revocación a mi Representante.
- Poderes.** Mi Representante tendrá plenos poderes y autoridad para hacer cualquier cosa tan plena y efectivamente como yo podría hacerlo por mí mismo(a), incluyendo, entre otros, poder para:

Agent. I choose -- as my Agent with full authority to manage my finances.

Alternate. If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose -- as my Agent with full authority to manage my finances.

My Rights. I keep the right to make financial decisions for myself if I am capable.

Durable. My Agent can use this power of attorney to manage my finances even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. My disability will not affect this power of attorney.

Start Date. This power of attorney is effective: (check one)

Immediately

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.

End Date. This power of attorney will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney will end if either of us files for divorce in court.

Revocation. I revoke any power of attorney for finances documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

Powers. My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including, but not limited to, the power to: