

Power of Attorney (POA) Arrangements

IMPORTANT NOTE : This guide provides general information about Power of Attorney (POA) arrangements and does not constitute legal advice. We strongly encourage you to seek the assistance of an attorney to ensure that any POA documents meet your specific needs and circumstances. A Power of Attorney allows you to authorize someone you trust to make decisions for you and/or your minor children. Below is an overview of how POAs work, what they do, and steps to consider when creating one.

What is a Power of Attorney?

A Power of Attorney (POA) is a private legal arrangement that grants another person (the agent) the authority to act on your behalf. It does not require court involvement and can be customized to suit your specific needs.

Key Features of a POA

- **Creation:** You can create a POA by signing a legal document. It becomes effective immediately unless you specify a future start date.
 - **Scope:** You decide what powers your agent has, such as handling financial matters or making medical decisions for yourself or for your minor children.
 - **Revocation:** You can revoke a POA at any time by providing written notice.
 - **Termination:** A POA ends automatically if you pass away or if a specified event or date is reached.
-

Customization Options

When setting up a POA, you can tailor it to your needs:

- **Effective Date:** Specify whether the POA takes effect immediately or only under certain circumstances (e.g., incapacity).
- **Scope of Authority:** Decide if the agent has broad authority or is limited to specific tasks, such as managing bank accounts, making healthcare decisions for you or your children, or making school-related decisions for your children.
- **Duration:** Indicate how long the POA will remain active or the event that will terminate it.

Recommendations for POA Creation

- Selecting someone reliable and capable of making decisions in your or your child's best interest. Choosing someone you know and trust is essential when selecting an agent. This person can be a close and trusted family member, friend, or even an attorney.

- While not always required, notarization can add credibility and make the document more widely accepted. Notaries are commonly found at banks, law offices, post offices and certain retail shipping stores like UPS and FedEx. Some notaries may require some form of photo identification unless they already know who you are.
 - Keep physical and digital copies for yourself, your agent, and any institutions that may need them (e.g., banks, schools).
 - Speak with a legal advisor to ensure your POA complies with Arkansas laws and covers all necessary details.
-

What a POA Does Not Do

- **Court Oversight:** Unlike guardianships, POAs do not involve court monitoring, meaning there is less formal oversight of your agent's actions.
 - **Control After Death:** A POA is no longer valid once the principal (you) passes away. In such cases, an executor takes over handling your estate.
 - **Mandate Recognition:** Some institutions may choose not to recognize a POA for liability reasons, leaving limited options for recourse.
-

Example Uses of a POA

- **Financial Matters:** Manage bank accounts, pay bills, and handle property transactions.
- **Healthcare Decisions:** Make medical choices on your behalf if you are unable to do so.
- **Parental Decisions:** Act as a parent for medical care and/or for school-related forms and decisions.

By setting up a POA, you can ensure that your affairs are managed according to your wishes without the need for court intervention. **Always consult with an attorney to create a document that fully meets your needs.**

Acuerdos de Poderes Notariales

(POA por sus Siglas en Inglés)

AVISO IMPORTANTE: Esta guía proporciona información general sobre los poderes notariales y no constituye asesoramiento legal. Le recomendamos encarecidamente que solicite la orientación de un abogado para asegurarse de que los documentos de poder notarial abordan sus necesidades y circunstancias específicas. Un poder notarial le permite autorizar a una persona en la que usted confía para que tome decisiones en su nombre y/o en el de sus hijos menores. A continuación, encontrará una descripción general de cómo funcionan los poderes notariales, para qué sirven y los pasos que debe tener en cuenta a la hora de elaborar uno.

¿Qué es un poder notarial (“POA, Power of Attorney”)?

Un poder notarial (o “POA, Power of Attorney”) es un acuerdo jurídico privado que otorga a otra persona (el representante) la autoridad para actuar en su nombre. No requiere intervención de la corte, y puede personalizarse según sus necesidades específicas.

Características Principales de un Poder Notarial

- **Elaboración:** Puede crear un poder notarial firmado un documento legal. Entra en vigor inmediatamente a menos que especifique una fecha futura para su entrada en vigor.
- **Alcance:** Usted decide qué poderes tiene su representante, como la gestión de asuntos financieros o la toma de decisiones médicas relacionadas con su salud o la de sus hijos menores.
- **Revocación:** Puede revocar un poder notarial en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito.
- **Anulación:** Un poder notarial es finalizado automáticamente si usted fallece o si se cumple una fecha o acontecimiento determinado.

Opciones de Personalización

Al crear un poder notarial, puede modificarlo según sus necesidades:

- **Fecha de entrada en vigor:** Especifique si el poder notarial entra en vigor inmediatamente o sólo en determinadas circunstancias (por ejemplo, en caso de incapacidad).
- **Alcance de la autoridad:** Decida si el representante tiene amplia autorización o si se limita a funciones específicas, como la administración de cuentas bancarias, las decisiones médicas relacionadas con su salud o la de sus hijos menores, o las decisiones académicas de sus hijos menores.
- **Duración:** Indique durante cuánto tiempo el poder notarial permanecerá en vigor o especifique el acontecimiento que lo finalizará.

Recomendaciones para la Creación de un Poder Notarial

- Elija a alguien fiable y capaz de tomar decisiones en su interés o en el de su(s) hijo(s) menor(es). Elegir a alguien que conozca y en quien pueda confiar es esencial a la hora de seleccionar a un representante. Esta persona puede ser un pariente cercano y de confianza, un amigo o incluso un abogado.
 - Aunque no siempre es necesario, notarizar el documento puede aumentar su credibilidad y facilitar su reconocimiento. Los notarios suelen trabajar en bancos, oficinas de abogados, oficinas de correos y ciertos almacenes de envíos al por menor como UPS y FedEx. Algunos notarios pueden requerir algún tipo de identificación con foto a menos que ya le conozcan.
 - Guarde copias físicas y digitales para usted, su representante y cualquier institución que pueda necesitarlas (por ejemplo, bancos, escuelas, etc.).
 - Consulte un asesor legal para asegurarse de que su POA cumple con las leyes de Arkansas y cubre todos los detalles pertinentes.
-

Un Poder Notarial No Hace lo Siguiente

- **Supervisión de la corte:** A diferencia de la tutela legal/custodia de menores, un poder notarial no implica supervisión jurídica, esto significa que habrá menos supervisión formal de las acciones de su representante.
 - **Control tras el fallecimiento:** Los poderes notariales son anulados cuando fallece el mandante (usted). En tales casos, un albacea/ejecutor se encarga de administrar su patrimonio.
 - **Reconocimiento del mandato:** Algunas instituciones pueden decidir no reconocer un poder notarial por motivos de seguridad, limitando las opciones de recurso.
-

Ejemplos de la Utilización de un POA

- **Asuntos financieros:** Gestionar cuentas bancarias, pagar facturas y tramitar transacciones inmobiliarias.
- **Decisiones de salud:** Tomar decisiones médicas en su nombre si usted no se encuentra en condiciones de hacerlo.
- **Decisiones parentales:** Actuar como padre durante la atención médica y/o para completar formularios y tomar decisiones académicas.

Al establecer un poder notarial, puede asegurarse de que sus asuntos se administrarán según sus deseos sin necesitar intervención de la corte. **Consulte siempre a un abogado para crear un documento que cubra plenamente sus necesidades.**

ARKANSAS STATUTORY FORM

POWER OF ATTORNEY

IMPORTANT INFORMATION: This power of attorney authorizes another person (your agent) to make decisions concerning your property for you (the principal). Your agent will be able to make decisions and act with respect to your property (including your money) whether you are able to act for yourself. The meaning of authority over subjects listed on this form is explained in the Uniform Power of Attorney Act, Arkansas Code Title 28, Chapter 68.

- **This power of attorney does not authorize the agent to make healthcare decisions for you.**
- **You should select someone you trust to serve as your agent.** Unless you specify otherwise, generally the agent's authority will continue until you die or revoke the power of attorney, or the agent resigns or is unable to act for you.
- **Your agent is entitled to reasonable compensation unless you state otherwise in the Special Instructions.**
- **This form provides for designation of one agent. If you wish to name more than one agent, you may name a co-agent in the Special Instructions.** Co-agents are not required to act together unless you include that requirement in the Special Instructions.
- **If your agent is unable or unwilling to act for you, your power of attorney will end unless you have named a successor agent.** You may also name a second successor agent.
- **This power of attorney becomes effective immediately unless you state otherwise in the Special Instructions.**
- **If you have questions about the power of attorney or the authority you are granting to your agent, you should seek legal advice before signing this form.**

POWER OF ATTORNEY

DESIGNATION OF AGENT

I, _____ [Name], appoint _____ [Name, Address, Phone Number] as my agent to act for me in any lawful way with respect to the following initialed subjects:

DESIGNATION OF SUCCESSOR AGENT(S) (OPTIONAL)

If _____ [Name] is unable or unwilling to act for me, I appoint _____ [Name, Address, Phone Number] as my successor agent.

GRANT OF GENERAL AUTHORITY

I grant my agent and any successor agent general authority to act for me with respect to the following subject as defined in the Uniform Power of Attorney Act, Arkansas Code Title 28, Chapter 68:

(**INITIAL** each subject you want to include in the agent's general authority. If you wish to grant general authority over all the subjects, you may initial "All Preceding Subjects" instead of initialing each subject.)

- ☐ Real Property
- ☐ Tangible Personal Property
- ☐ Stocks and Bonds
- ☐ Commodities and Options
- ☐ Banks and Other Financial Institutions
- ☐ Operation of Entity or Business
- ☐ Insurance and Annuities
- ☐ Estates, Trusts, and Other Beneficial Interests
- ☐ Claims and Litigation
- ☐ Personal and Family Maintenance
- ☐ Benefits from Governmental Programs or Civil or Military Service
- ☐ Retirement Plans
- ☐ Taxes
- ☐ All Preceding Subjects

GRANT OF SPECIFIC AUTHORITY (OPTIONAL)

My agent MAY NOT do any of the following specific acts for me UNLESS I have INITIALED the specific authority listed below:

(**CAUTION:** Granting any of the following will give your agent the authority to take actions that could significantly reduce your property or change how your property is distributed at your death. **INITIAL ONLY** the specific authority you **WANT** to give your agent.)

- ☐ Amend, revoke, or terminate an inter vivos trust
- ☐ Make a gift, subject to the limitations of § 28-68-217 of the Uniform Power of Attorney Act and any special instructions in this power of attorney
- ☐ Create or change rights of survivorship
- ☐ Create or change a beneficiary designation
- ☐ Authorize another person to exercise the authority granted under this power of attorney
- ☐ Waive my right to be a beneficiary of a joint and survivor annuity, including a survivor benefit under a retirement plan
- ☐ Exercise fiduciary powers that I have authority to delegate

LIMITATION ON AGENT'S AUTHORITY

An agent that is not my ancestor, spouse, or descendant MAY NOT use my property to benefit the agent or a person to whom the agent owes an obligation of support unless I have included that authority in the Special Instructions.

SPECIAL INSTRUCTIONS (OPTIONAL)

You may give special instructions on the following lines:

EFFECTIVE DATE

This power of attorney is effective immediately unless I have stated otherwise in the Special Instructions.

NOMINATION OF GUARDIAN

If protective proceedings for the appointment of a guardian of my person or estate are commenced at any time subsequent to my execution of this power of attorney, I hereby nominate _____ if able and willing, otherwise, _____ to serve as Guardian of my person and estate. To the extent allowed by law, I direct that _____ and _____ shall serve without bond.

RELIANCE ON THIS POWER OF ATTORNEY

Any person, including my agent, may rely upon the validity of this power of attorney or a copy of it unless that person knows it has terminated or is invalid.

SIGNATURE AND ACKNOWLEDGMENT

Signed this ____ day of _____, 20____

_____ [Signature, Address, Phone Number]

STATE OF ARKANSAS)

) ss

COUNTY OF _____)

This document was acknowledged before me on _____ by

_____.

_____ Notary Public, State of Arkansas

My Commission Expires: _____

(SEAL)

IMPORTANT INFORMATION FOR AGENT

Agent's Duties

When you accept the authority granted under this power of attorney, a special legal relationship is created between you and the principal. This relationship imposes upon you legal duties that continue until you resign or the power of attorney is terminated or revoked. You must:

- Do what you know the principal reasonably expects you to do with the principal's property or, if you do not know the principal's expectations, act in the principal's best interest;
- Act in good faith;
- Do nothing beyond the authority granted in this power of attorney; and
- Disclose your identity as an agent whenever you act for the principal by writing or printing the name of the principal and signing your own name as "agent" in the following manner: (Principal's Name) by (Your Signature) as Agent

Unless the Special instructions in this power of attorney state otherwise, you must also:

- Act loyally for the principal's benefit;
- Avoid conflicts that would impair your ability to act in the principal's best interest;
- Act with care, competence, and diligence;
- Keep a record of all receipts, disbursements, and transactions made on behalf of the principal;
- Cooperate with any person that has authority to make health-care decisions for the principal to do what you know the principal reasonably expects or, if you do not know the principal's expectations, to act in the principal's best interest; and
- Attempt to preserve the principal's estate plan if you know the plan and preserving the plan is consistent with the principal's best interest.

Termination of Agent's Authority

You must stop acting on behalf of the principal if you learn of any event that terminates this power of attorney or your authority under this power of attorney. Events that terminate a power of attorney or your authority to act under a power of attorney include:

- Death of the principal;
- The principal's revocation of the power of attorney or your authority;
- The occurrence of a termination event stated in the power of attorney;
- The purpose of the power of attorney is fully accomplished; or
- If you are married to the principal, a legal action is filed with a court to end your marriage, or for your legal separation, unless the Special Instructions in this power of attorney state that such an action will not terminate your authority.

Liability of Agent

The meaning of the authority granted to you is defined in the Uniform Power of Attorney Act, Arkansas Code Title 28, Chapter 68. If you violate the Uniform Power of Attorney Act, Arkansas Code Title 28, Chapter 68, or act outside the authority granted, you may be liable for any damages caused by your violation. **If there is anything about this document or your duties that you do not understand, you should seek legal advice.**

FORMULARIO DE PODER NOTARIAL ESTATUTARIO DE ARKANSAS

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Este poder notarial autoriza a otra persona (su agente) a tomar decisiones sobre su propiedad en su nombre (el mandante). Su agente podrá tomar decisiones y actuar con respecto a su propiedad (incluido su dinero) independientemente de si usted puede actuar por sí mismo o no. El sentido de la autoridad sobre las áreas mencionadas en este formulario se explica en la Ley Uniforme del Poder Notarial, Título 28, Capítulo 68, del Código de Arkansas.

- **Este poder notarial no autoriza al agente tomar decisiones en materia de cuidado médico en su nombre.**
- **Usted debe seleccionar a una persona de confianza para que actúe como su agente.** A menos que usted especifique lo contrario, generalmente la autoridad del agente continuará hasta que usted muera o revoque el poder notarial, o el agente renuncie o no pueda actuar en su nombre.
- **Su agente tiene derecho a una compensación razonable a menos que usted indique lo contrario en las Instrucciones Especiales.**
- **Este formulario permite la designación de un solo agente. Si usted desea nombrar a más de un solo agente, puede nombrar un coagente en las Instrucciones Especiales.** Los coagentes no están obligados a actuar juntos, a menos que usted incluya ese requisito en las Instrucciones Especiales.
- **Si su agente no puede o no quiere actuar por usted, su poder notarial terminará, a menos que usted haya nombrado un agente sucesor.** Usted también puede nombrar a un segundo agente sucesor.
- **Este poder notarial entra en vigor de inmediato, a menos que usted indique lo contrario en las Instrucciones Especiales.**
- **Si usted tiene preguntas sobre el poder notarial o sobre la autoridad que usted le está otorgando a su agente, debe buscar asesoramiento legal antes de firmar este formulario.**

DESIGNACIÓN DEL agente

Yo, (su nombre) _____, designo a _____ (nombre)
_____ (dirección) _____ (número de teléfono) como mi agente para
actuar en mi nombre de cualquier manera legal con respecto a los siguientes asuntos que llevan
iniciales:

DESIGNACIÓN DE agente(S) SUCESOR(ES) (OPCIONAL)

Si _____ (nombre del agente) no puede o no quiere actuar en mi nombre, designo a
_____ (nombre) _____ (dirección) _____ (número de teléfono) como
mi agente sucesor:

OTORGAMIENTO DE AUTORIDAD GENERAL

Otorgo a mi agente y a cualquier agente sucesor, autoridad general para actuar en mi nombre con respecto al siguiente asunto, tal como se define en la Ley Uniforme del Poder Notarial, Título 28, Capítulo 68 del Código de Arkansas:

(PONGA SUS INICIALES en cada asunto que usted desee incluir en la autoridad general del agente. Si usted desea otorgar autoridad general sobre todos los asuntos, puede poner sus iniciales en “Todos los asuntos anteriores,” en lugar de poner sus iniciales en cada asunto).

- ☐ Bienes raíces.
- ☐ Bienes personales tangibles.
- ☐ Acciones y bonos.
- ☐ Productos, materias primas y opciones.
- ☐ Bancos y otras instituciones financieras.
- ☐ Operación de la entidad o empresa.
- ☐ Seguros y rentas vitalicias.
- ☐ Patrimonios, fideicomisos y otros intereses beneficiarios.
- ☐ Reclamaciones y litigios.
- ☐ Manutención personal y familiar.
- ☐ Beneficios de programas gubernamentales, o servicio civil o militar.
- ☐ Planes de jubilación.
- ☐ Impuestos.
- ☐ Todos los asuntos anteriores.

OTORGAMIENTO DE AUTORIDAD ESPECÍFICA (OPCIONAL)

Mi agente **NO PUEDE** hacer ninguno de los siguientes actos específicos en mi nombre, **A MENOS** que yo haya **MARCADO CON MIS INICIALES** la autoridad específica que se detalla a continuación:

(PRECAUCIÓN: Otorgar cualquiera de los siguientes poderes, le otorgará a su agente la autoridad para tomar medidas que podrían reducir significativamente su propiedad, o cambiar la forma en que se distribuye su propiedad al momento de su muerte. **PONGA SUS INICIALES SOLAMENTE** en la autoridad específica que usted **DESEA** otorgarle a su agente.)

- ☐ Enmendar, revocar o terminar un fideicomiso inter vivos.
- ☐ Hacer un regalo, sujeto a las limitaciones de § 28-68-217 de la Ley Uniforme del Poder Notarial, y cualquier instrucción especial en este poder notarial.
- ☐ Crear o cambiar los derechos de supervivencia.
- ☐ Crear o cambiar una designación de beneficiario.
- ☐ Autorizar a otra persona para ejercer la autoridad otorgada bajo este poder notarial.
- ☐ Renunciar a mi derecho a ser beneficiario de una renta vitalicia conjunta y de supervivencia, incluyendo un beneficio por supervivencia bajo un plan de jubilación.
- ☐ Ejercer poderes fiduciarios que tengo autoridad para delegar.

LIMITACIÓN DE LA AUTORIDAD DEL AGENTE

Un agente que no sea mi antepasado, cónyuge o descendiente, **NO PUEDE** usar mi propiedad para beneficiar al agente o a una persona a quien el agente le deba una obligación de manutención, a menos que yo haya incluido esa autoridad en las Instrucciones Especiales.

INSTRUCCIONES ESPECIALES (OPCIONALES)

Usted puede dar instrucciones especiales en los siguientes renglones:

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este poder notarial entra en vigor inmediatamente, a menos que yo haya indicado lo contrario en las Instrucciones Especiales.

NOMBRAMIENTO DE TUTOR

Si se inician los procedimientos de protección para el nombramiento de un tutor para mí mismo o para mi patrimonio, en cualquier momento posterior a la ejecución de este poder, por la presente, nombro a _____, si puede y está dispuesto, de lo contrario, _____, para que actúe como tutor para mí mismo o para mi patrimonio. En la medida en que la ley lo permita, instruyó que _____ y _____ actúen sin una fianza.

CONFIANZA EN ESTE PODER NOTARIAL

Cualquier persona, incluyendo a mi agente, puede confiar en la validez de este poder notarial o en una copia del mismo, a menos que esa persona tenga conocimiento de que el poder ha terminado o es inválido.

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Firmado el día ____ de _____ (mes) de _____ (año).

(Nombre)

(Dirección)

(Número de teléfono)

ESTADO DE ARKANSAS)

) a saber

CONDADO DE _____)

Este documento fue reconocido ante mí el día _____ de _____ (mes) de _____ (año), por _____.

[Sello notarial]

Notario público

Mi comisión expira: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL AGENTE

Deberes del agente

Cuando usted acepta la autoridad otorgada en virtud de este poder notarial, se crea una relación legal especial entre usted y el mandante. Esta relación le impone a usted deberes legales que continúan hasta que usted renuncie, o el poder notarial se termine o revoque. Usted debe:

- Proceder según lo que usted sabe que el mandante espera razonablemente que usted haga con los bienes del mandante o, si usted no conoce las expectativas del mandante, actuar de la manera que sea más beneficiosa para el mandante;
- Actuar de buena fe;
- No hacer nada más allá de lo establecido en la autoridad otorgada en el presente poder notarial; y
- Revelar su identidad como agente cada vez que usted actúe en nombre del mandante, escribiendo o imprimiendo el nombre del mandante, y firmando su propio nombre como "agente," de la siguiente manera: **(Nombre del mandante) por (su firma) como agente**

A menos que las Instrucciones Especiales del presente poder notarial indiquen lo contrario, usted también debe:

- Actuar con lealtad en beneficio del mandante;
- Evitar conflictos que pudieran afectar su capacidad para actuar de la manera que sea más beneficiosa para el mandante;
- Actuar con cuidado, competencia y diligencia;
- Conservar un registro de todos los recibos, desembolsos y transacciones que se realicen en nombre del mandante;
- Cooperar con cualquier persona que tenga la autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado médico en nombre del mandante, para hacer lo que usted sabe que el mandante espera razonablemente o, si usted no conoce las expectativas del mandante, actuar de la manera que sea más beneficiosa para el mandante; y
- Intentar preservar el plan patrimonial del mandante, si usted conoce dicho plan y, si preservar el plan es lo que más le conviene al mandante.

Terminación de la autoridad del agente

Usted debe dejar de actuar en nombre del mandante, si usted se entera de algún evento que le ponga fin al presente poder notarial o su autoridad en virtud del mismo. Los eventos que dan por terminado un poder notarial o su autoridad para actuar en virtud de un poder notarial incluyen:

- El fallecimiento del mandante;
- La revocación por parte del mandante del poder notarial, o de su autoridad;
- La ocurrencia de un evento de terminación establecido en el poder notarial;
- El propósito del poder notarial se haya cumplido plenamente; o
- Si usted está casado con el mandante, y se presenta una acción legal ante un tribunal para terminar su matrimonio, o para su separación legal, a menos que las Instrucciones Especiales en este poder notarial establezcan que tal acción no finalizará su autoridad.

Responsabilidad del agente

El sentido de la autoridad que se le otorga a usted, se define en la Ley Uniforme del Poder Notarial, Título 28, Capítulo 68 del Código de Arkansas. Si usted viola la Ley Uniforme del Poder Notarial, Título 28, Capítulo 68 del Código de Arkansas, o actúa fuera del ámbito de la autoridad otorgada, usted puede ser responsable por cualesquiera de los daños causados por su violación.

Si hubiera algo sobre este documento o sobre sus obligaciones que usted no comprenda, usted debe buscar asesoramiento legal.

LIVING WILL DECLARATION AND DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DECISIONS

I, _____, a resident of the State of Arkansas, being of sound mind and having reached the age of eighteen (18) years, do hereby make, publish and declare the following and revoke all living will declarations and durable powers of attorney for health care decisions previously made by me.

1. **Declaration to Physicians:** If the time comes when I can no longer take part in health care decisions for my own future, let this statement stand as an expression of my wishes and my declaration while I am of sound mind. This document is executed under the provisions of the Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act (Ark. Code Ann. 20-17-201 et seq. Act 713 of the Arkansas Acts of 1987);
 - a. If I should have an incurable or irreversible condition that will cause my death within a relatively short time, and I am no longer able to make decisions regarding my medical treatment, I direct my attending physician, pursuant to the Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act, to withhold or withdraw treatment that only prolongs the process of dying and is not necessary to my comfort or to alleviate pain;
 - b. If I should become permanently unconscious, I direct my attending physician, pursuant to the Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act, to withhold or withdraw life-sustaining treatments that are no longer necessary to my comfort or to alleviate pain;
 - c. These life-sustaining treatments that may be withheld or withdrawn include, but are not limited to: Antibiotics, Cardiac Resuscitation, Respiratory Support, Surgery and Artificial Feeding and Fluids. Notwithstanding any interpretation of state law to the contrary, I hereby claim my constitutional right protected by the Fourteenth Amendment, as expressed by the United States Supreme Court in the case of Cruzan vs. Missouri, to refuse the artificial delivery of food and fluids; and
 - d. Should my attending physician have any doubt as to these directions, I direct my attending physician to follow the instructions of _____, (hereinafter referred to as "my _____"), able and willing to serve in such capacity, whom I appoint as my Health Care Proxies or Proxy, as the case may be, acting unanimously if both of them are serving in such capacity, to decide what life-sustaining treatment should be withheld or withdrawn.

2. **Durable Power of Attorney for Health Care Decisions.** During any period in which I am incapacitated, in the opinion of my attending physician, or am unable to make or communicate a choice regarding a particular health care decision, I hereby delegate health care decision-making powers to my parents, able and willing to serve in such capacity, as my agents or agent, as the case may be, acting unanimously if more than one of them is serving in such capacity, to make decisions relating to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, treat or provide for my physical or mental health or personal care.

Pursuant to the foregoing, and to the extent allowed by law (including Act 1448 of the Arkansas Acts of 1999), my aforementioned agents are authorized as follows:

- a. To consent, refuse, or withdraw consent to any and all types of medical care, treatment, surgical procedures, diagnostic procedures, medication, and the use of mechanical or other procedures that affect any bodily function, including, but not limited to, artificial respiration, nutritional support and hydration, and cardiopulmonary resuscitation;
- b. To have access to medical records and information to the same extent that I am entitled to, including the right to disclose the contents to others;
- c. To authorize my admission to or discharge, even against medical advice, from any hospital, nursing home, residential care, assisted living or similar facility or other healthcare facility;
- d. To contract on my behalf for any health care related service or facility on my behalf, without my agents incurring personal financial liability for such contracts;
- e. To select and discharge medical, social service, and other support personnel responsible for my care;
- f. To authorize, or refuse to authorize, any medication or procedure intended to relieve pain, even though such use may lead to physical damage, addiction, or hasten the moment of, but not intentionally cause, my death;
- g. To take any other action necessary to do what I authorize here, including but not limited to granting any waiver or release from liability required by any hospital, physician, or other health care provider; signing any documents relating to refusals of treatment or the leaving of a facility against medical advice; and pursuing any legal action in my name, and at the expense of my estate, to force compliance with my wishes as determined by my agents, or to seek actual or punitive damages for the failure to comply; and

- h. This power of attorney is intended to be a durable power of attorney and shall not be affected by my subsequent disability or incapacity.

SIGNED THIS ____ day of _____, 2025.

WE HEREBY BEAR WITNESS that _____ signed the foregoing instrument in the presence of each of us and acknowledged to each of us that she had signed the foregoing instrument and requested us to sign our names as witnesses.

SIGNED THIS ____ day of _____, 2025.

WITNESS:

WITNESS:

Signature

Signature

Print Name

Print Name

Address

Address

City, State, Zip Code

City, State, Zip Code

ACKNOWLEDGMENT

STATE OF ARKANSAS)
) ss.
COUNTY OF PULASKI)

On this _____ day of _____, 20____, before me, the undersigned, a notary public, personally appeared _____, as Declarant and principal, and _____ and _____, as witnesses, known to me to be the persons whose names are subscribed to the written instrument and acknowledged that they had executed the same for the purpose therein contained.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and official seal.

Notary Public, State of Arkansas

My Commission Expires: _____
(SEAL)

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO EN VIDA Y PODER NOTARIAL DURADERO PARA DECISIONES DE CUIDADO MÉDICO

Yo, _____, residente del Estado de Arkansas, en pleno uso de mis facultades mentales y habiendo alcanzado la edad de dieciocho (18) años, mediante la presente, publico y declaro lo siguiente, y revoco todas las declaraciones de testamento en vida y poderes notariales duraderos para decisiones en materia de cuidado médico que haya tomado previamente.

1. Declaración a los médicos. Si llegara el momento en que yo ya no pudiera tomar parte en las decisiones de cuidado médico para mi propio futuro, permítase que esta declaración permanezca como una expresión de mis deseos, y mi declaración mientras esté en pleno uso de mis facultades mentales. Este documento se ejecuta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Derechos de los Enfermos Terminales o Permanentemente Inconscientes de Arkansas (Acta de Ley) según lo establecido en el Código Anotado de Arkansas § 20-17-201 y siguientes, Ley 713 de las Leyes de Arkansas de 1987;

a) Si yo padeciera una enfermedad incurable o irreversible que causara mi muerte en un plazo relativamente breve, y ya no pudiera tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, instruyo a mi médico tratante, de conformidad con la Ley de Derechos de los Enfermos Terminales o Permanentemente Inconscientes de Arkansas, que suspenda o retire el tratamiento que solo prolongue el proceso de morir y que no sea necesario para mi comodidad o para aliviar el dolor;

b) Si yo perdiera el conocimiento de manera permanente, instruyo a mi médico tratante, de conformidad con la Ley de Derechos de los Enfermos Terminales o de Inconsciencia Permanente de Arkansas, que suspenda o retire los tratamientos para mantener la vida que ya no sean necesarios para mi comodidad o para aliviar el dolor;

c) Estos tratamientos para mantener la vida que se pueden suspender o retirar incluyen, pero no se limitan a: ANTIBIÓTICOS, REANIMACIÓN CARDÍACA, SOPORTE RESPIRATORIO, CIRUGÍA, Y ALIMENTACIÓN Y LÍQUIDOS ARTIFICIALES. A pesar de cualquier interpretación de la ley estatal en contrario, por la presente, reclamo mi derecho constitucional protegido por la Decimocuarta Enmienda, tal como lo expresó la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso de Cruzan contra Missouri, a rechazar la administración artificial de alimentos y fluidos; y

d) En caso de que mi médico tratante tuviera cualquier duda en cuanto a estas instrucciones, instruyo a mi médico tratante que siga las instrucciones de _____, (en lo sucesivo denominado como "_____"), capaz y dispuesto a servir en dicha capacidad, a quien nombro como mis apoderados o mi apoderado en materia de cuidado médico, según sea el caso, actuando de forma unánime si ambos están sirviendo en tal capacidad, para decidir qué tratamiento para mantener la vida se debe suspender o retirar.

2. Poder notarial duradero para las decisiones sobre el cuidado médico: Durante cualquier período en el que me encontrara incapacitado, en opinión de mi médico tratante, o que no pudiera tomar o comunicar una resolución con respecto a una decisión sobre el cuidado médico en particular, por la presente, delego los poderes de toma de decisiones sobre el cuidado médico a _____, capaces y dispuestos a servir en tal capacidad, como mis apoderados o apoderado, según sea el caso, actuando de forma unánime si más de uno de ellos estuviera sirviendo en tal capacidad, para tomar decisiones relacionadas con cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar, o brindar atención para mi salud física o mental, o mi cuidado personal. De conformidad con lo anterior, y en la medida en que lo permita la ley (incluida la Ley 1448 de las Leyes de Arkansas de 1999), mis apoderados antes mencionados están autorizados de la siguiente manera:

- a)** Para consentir, rechazar, o retirarles el consentimiento a todos y cada uno de los tipos de cuidado médico, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de diagnóstico, medicamentos, y el uso de procedimientos mecánicos o de otro tipo que afecten cualquier función corporal, incluidos, pero sin limitarse a la respiración artificial, el apoyo nutricional y la hidratación, y la reanimación cardiopulmonar;
- b)** Para tener acceso a los registros médicos y a la información, en la misma medida en la que yo tengo derecho, incluido el derecho a divulgar el contenido a otros;
- c)** Para autorizar mi admisión o salida, incluso en contra del consejo médico, de cualquier hospital, hogar de ancianos, cuidado en una residencia, centro de vida asistida o similar, u otro centro de cuidado médico;
- d)** Para contratar en mi nombre cualquier servicio o centro relacionado con el cuidado médico en mi nombre, sin que mis agentes incurran en una responsabilidad financiera personal por dichos contratos;
- e)** Para seleccionar y despedir al personal médico, de servicios sociales, y otro personal de apoyo responsable de mi cuidado;
- f)** Para autorizar o negarse a autorizar, cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, incluso si dicho uso pudiera provocar daño físico, adicción, o acelerar el momento de mi muerte, pero no causarla intencionalmente;
- g)** Para tomar cualquier otra acción necesaria para llevar a cabo lo que autorizo aquí, que incluye, pero sin limitarse a otorgar cualquier exención o liberación de la responsabilidad requerida por cualquier hospital, médico u otro proveedor de cuidado médico; firmar cualquier documento relacionado con el rechazo de un tratamiento, o el abandono de un centro en contra del consejo médico; y emprender cualquier acción legal en mi nombre, y a expensas de mi patrimonio, para obligar el cumplimiento de mis deseos según lo determinen mis apoderados, o para buscar daños reales o punitivos por el incumplimiento; y
- h)** Este poder notarial tiene la intención de ser un poder notarial duradero y no se verá afectado por mi discapacidad o incapacidad posterior.

FIRMADO el ____ de _____, 2025.

POR LA PRESENTE DAMOS FE de que _____ firmó el instrumento anterior en presencia de cada uno de nosotros, y reconoció ante cada uno de nosotros que había firmado el instrumento anterior, y nos solicitó que firmáramos nuestros nombres como testigos.

FIRMADO el ____ de _____, 2025.

TESTIGO:

Firma

Nombre en Letra de Imprenta

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

TESTIGO:

Firma

Nombre en Letra de Imprenta

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

RECONOCIMIENTO

ESTADO DE ARKANSAS)

) a saber.

CONDADO DE PULASKI))

En este día ____ de _____ 20____, ante mí, el abajo firmante, un notario público, compareció personalmente _____, como declarante y poderdante, y _____ y _____, como testigos, que conozco como las personas cuyos nombres están suscritos al instrumento escrito, y reconocieron que habían ejecutado el mismo para el propósito contenido en él.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, escribo mi firma e imprimo mi sello oficial.

Notario Público

Mi comisión expira: _____

(SELLO)

Power of Attorney for Minor Packet

This self-help resource was created for people representing themselves in court by Legal Aid of Arkansas and the Center for Arkansas Legal Services.

These forms and any accompanying information are free of charge.

READ ALL INSTRUCTIONS IN THIS PACKET VERY CAREFULLY.

PACKET CONTENTS:

- Packet Instructions
- Power of Attorney for Minor

Disclaimer: Legal Aid of Arkansas and The Center for Arkansas Legal Services provide this packet free to the public. This packet contains legal information to help Arkansas residents with their legal problems. The information and forms in this packet are not legal advice.

This packet and its forms are not a substitute for legal counsel or representation by a licensed attorney. There is no guarantee of accuracy, and users assume the risk of using this packet. Neither organization is responsible for the consequences of its use.

Using this packet does not create an attorney-client relationship. By using this packet, you agree not to sell or profit from any information or forms contained within it. If someone is selling this packet for profit, please notify us at communications@arlegalaid.org.

POWER OF ATTORNEY FOR MINOR PACKET

Please read the following instructions and information very carefully. Remember that it is always best to consult with an attorney about your legal issue if possible.

There are many different types of Powers of Attorney. Each type has a different purpose and grants different levels of power to the agent. The Power of Attorney created here is for a caregiver of a minor child that is not the custodial parent or legal guardian. ***This document may be particularly helpful when establishing residency for the child's school enrollment or to provide medical consent.***

CAUTION: Choose your agent with extreme care. You are giving that person a great deal of responsibility and authority with this document by allowing this person to make important decisions concerning your child.

GLOSSARY (TERMS TO KNOW)

- **Agent:** A person who is authorized to act for another. Also, called attorney-in-fact.
- **Principal:** The person who has given the authority to the agent to act on their behalf.
- **Power of Attorney:** A document that gives someone authority to act on your behalf on matters that you specify.
- **Revocation:** When the Principal takes away (*revokes*) the authority and power of the agent to act on behalf of the Principal.

LAW YOU SHOULD KNOW

A Power of Attorney is a legal way to have one person act on behalf of another. The Power of Attorney document gives someone authority to act on the behalf of another in matters that are listed in the document. The power can be specific to a certain task or can cover many duties including financial and medical. The power can start immediately or only after some event occurs such as the principal becoming mentally incompetent.

The person who gives the authority to the agent (also called the attorney-in-fact) to act on their behalf is called the principal. The person who receives the authority to act on behalf of someone else is called the agent.

If I give a Power of Attorney to another, do I give up the right to manage my own affairs? Do I relinquish my parental rights? No. You retain full control over your affairs and your child's affairs, even after you have signed a Power of Attorney. You can allow your agent to act, or not, at your discretion. ***You may revoke the Power of Attorney at any time and for any reason.***

When does a Power of Attorney end? A Power of Attorney can end either by setting a specific date for it to end, if the agent or principal dies or if the principal (here it would be the parent) revokes it in writing.

How do I revoke a Power of Attorney? You can revoke a Power of Attorney by giving written notice to the attorney-in-fact. You may also file a copy of the letter revoking the power of attorney with the court clerk but you do not have to. It is also a good idea to give notice to any schools, doctors, daycare or other places where the attorney-in-fact interacted on behalf of your child. If you have not included a date for termination of the Power of Attorney when filling out this packet then the parent will need to fill out a Power of Revocation when it is no longer needed.

INSTRUCTIONS FOR USING THIS FORM PACKET

1. **Read the Power of Attorney form very carefully** and make sure that the form below includes your correct information and reflects your desires for the (agent) caregiver of your children.
2. **The parent must sign the Power of Attorney document in front of a notary public.** Do not sign these documents BEFORE you see the notary. Sign **in front of the notary** who will then notarize the document and give it back to you. Some notaries charge a fee although many banks have notaries that do not charge a fee.
3. **Both the parent and the caregiver should keep a copy of the Power of Attorney.**
4. **If you have not included a date for termination of the Power of Attorney then the parent will need to fill out a Power of Revocation when it is no longer needed.** *You can revoke a Power of Attorney by giving written notice to the attorney-in-fact.* A revocation of power of Attorney automated form packet is available at: www.arlegalservices.org

POWER OF ATTORNEY FOR MINOR

TO ALL WHOM THESE PRESENTS ARE KNOWN:

That I, _____, of _____

County, Arkansas, being the natural parent of _____

[hereafter referred to as "child,"] appoint _____ of

_____ County, Arkansas, as my true and lawful attorney-in-fact for

me and in my name, place and stead and in my behalf, and to do and perform all of the

following responsibilities and have all the rights in connection therewith:

1. Perform and act as and for me in a parental capacity as and to the child;
2. Give consent and permission for any kind of medical care and treatment, and to sign any papers to have the child admitted to a hospital for such purpose, or as may be required to maintain the health of the child;
3. Give consent and permission for enrollment in and admission to school and to resolve problems arising from school attendance, and to sign any papers necessary for such purpose or sign other documents relating to the child's welfare at school;
4. Perform any act necessary to obtain relief or aid that might benefit the child;
5. Perform any other acts for support, health, and general care of the child as may be required or necessary.
6. I, _____, do hereby give and grant to _____, my said Attorney-in-fact, full power and authority to do and perform any and all acts required to protect and promote the welfare of the child, as fully and for all intents and purposes as I might or could do if I were personally present at the time thereof, hereby ratifying and confirming all that my said Attorneys may or shall lawfully do or cause to be done by virtue of this Power of Attorney and the rights and powers herein granted.

7. This Power of Attorney appointing _____ as my agent and attorney in fact performing and acting for me in a parental capacity for my child, _____:
- will be revoked automatically on _____; or
 - will not be revoked automatically.
8. **It is not my intention to relinquish my parental rights in and to my child.**

IN TESTIMONY WHEREOF, I have hereunto set my hand this _____ day of _____, 20_____.

STATE OF ARKANSAS)

) ss

COUNTY OF _____)

On this _____ day of _____, 20____, before me personally came the parent, to me known to be the person described in and who executed the foregoing instrument, and acknowledged that he/she executed the same as a free act and deed, and that _____ is the parent of said children.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and seal this _____ day of _____, 20_____.

NOTARY PUBLIC, State of Arkansas

My Commission Expires: _____

(SEAL)

Paquete de Poder Notarial para Menores

Este recurso de autoayuda fue creado para las personas que se representan a sí mismas en los tribunales por Legal Aid of Arkansas y The Center for Arkansas Legal Services. Estos formularios, y cualquier información adjunta, son gratuitos.

LEA ATENTAMENTE TODAS LAS INSTRUCCIONES DE ESTE PAQUETE.

CONTENIDO DEL PAQUETE:

- **Instrucciones**
- **Poder Notarial para Menores (Power of Attorney for Minors)**

Descargo de Responsabilidad: Legal Aid of Arkansas y The Center for Arkansas Legal Services proporcionan este paquete gratuito al público. Este paquete contiene información legal para ayudar a los residentes de Arkansas con sus problemas legales. La información y los formularios de este paquete no constituyen asesoramiento jurídico.

Este paquete y sus formularios no sustituyen la orientación o representación de un abogado titulado. No hay garantía sobre la precisión de este paquete y sus formularios. Usted asume el riesgo de utilizar este paquete. Ninguna organización es responsable de las consecuencias de su uso. El uso de este paquete y sus formularios no crea una relación entre abogado y cliente.

Al utilizar este paquete, usted se compromete a no vender o sacar provecho de cualquier información o formulario que obtenga a través de este paquete. Si alguien vende este paquete con fines de lucro, infórmenos en communications@arlegalaid.org.

PAQUETE DE PODER NOTARIAL PARA MENORES

Lea atentamente las siguientes instrucciones e información. Recuerde que siempre es mejor consultar a un abogado sobre su asunto legal, si es posible.

Hay muchos tipos diferentes de poderes notariales. Cada uno tiene un propósito diferente y otorga diferentes niveles de poder al representante. El poder notarial creado aquí es para un cuidador de un menor de edad que no es el padre custodio o el tutor legal (legal guardian.) ***Este documento puede ser particularmente provechoso para establecer la residencia durante la inscripción del menor en una escuela o para proporcionar consentimiento médico.***

ATENCIÓN: Elija a su representante con suma precaución. Con este documento, usted le está dando a esa persona una gran responsabilidad y le está otorgando la autoridad para tomar decisiones importantes sobre su hijo menor.

GLOSARIO (TERMINOLOGÍA QUE DEBE CONOCER)

- **Representante (Agent):** Persona autorizada para actuar en nombre de otra. También conocido como apoderado.
- **Mandante (Principal):** La persona que ha dado autoridad al representante para actuar en su nombre.
- **Poder notarial (POA) (Power of Attorney):** Un documento que otorga a alguien la autoridad de actuar en su nombre en los asuntos que usted especifique.
- **Revocación (Revocation):** Cuando el mandante le quita (*revoca*) la autoridad y el poder al representante para que no pueda actuar en nombre del mandante.

LEYES QUE DEBE CONOCER

Un poder notarial (POA) ("Power of Attorney") es una forma legal de permitir que una persona actúe en nombre de otra. El poder notarial otorga a una persona la autoridad para actuar en nombre de otra en los asuntos indicados en el documento. El poder notarial puede ser específico para una función determinada o puede abarcar muchas cuestiones, incluyendo financieras y médicas. El poder notarial puede comenzar inmediatamente o después de que ocurra algún acontecimiento, como si el mandante llegara a resultar mentalmente incapacitado.

La persona que autoriza al representante (también llamado apoderado) a actuar en su nombre se denomina mandante. La persona que recibe la autorización para actuar en nombre de otra persona se denomina representante.

Si yo le otorgó un poder notarial a otra persona, ¿pierdo el derecho a gestionar mis propios asuntos? ¿Renuncio a mis derechos parentales? No. Usted conserva el completo control sobre sus asuntos y su hijo menor, incluso después de haber firmado un poder notarial. Puede permitir que su representante actúe o no a su discreción. *Puede revocar el poder notarial en cualquier momento y por cualquier motivo.*

¿Cuándo finaliza un poder notarial? Un poder notarial se finaliza estableciendo una fecha concreta para su anulación, si fallece el representante o el mandante, o si el mandante (en este caso sería el padre o la madre) lo revoca por escrito.

¿Como puedo revocar un poder notarial? Puede revocar un poder notarial presentando una notificación por escrito al apoderado. También puede presentar una copia de la carta de revocación del poder notarial ante el secretario judicial (“court clerk,”) pero no es obligatorio. También es una buena idea avisar a las escuelas, los médicos, las guarderías u otros lugares donde el apoderado interactuaba en nombre de su hijo menor. Si al completar este paquete usted no indica una fecha para anular el poder notarial, entonces el padre o la madre tendrá que completar un formulario de revocación de poder notarial cuando ya no lo necesite.

INSTRUCCIONES PARA UTILIZAR ESTE PAQUETE DE FORMULARIOS

1. **Lea atentamente el formulario de poder notarial;** asegúrese de que sus datos en el formulario a continuación estén correctos y que refleje correctamente sus deseos sobre el cuidador (representante) de sus hijos menores.
2. **El padre o la madre debe firmar el poder notarial ante un notario.** No firme estos documentos ANTES de ver al notario. Firme enfrente **del notario**, ya que notificará el documento y se lo devolverá. Algunos notarios cobran honorarios, aunque muchos bancos tienen notarios disponibles sin costo alguno.
3. **Tanto el padre o la madre como el guardián (guardian) deben guardar una copia del poder notarial.**
4. **Si no ha incluido una fecha de finalización del poder notarial, entonces el padre o la madre tendrá que completar un formulario de revocación de poder notarial cuando ya no lo necesite.** *Puede revocar un poder notarial notificando por escrito al apoderado.* Encontrará un paquete de formularios automatizados de revocación de poder notarial en la misma página web (www.arlegalservices.org) donde completó este formulario.

PODER NOTARIAL PARA MENORES

A TODOS AQUELLOS A QUIENES ESTOS PRESENTES SON CONOCIDOS:

Que yo, _____, del condado de _____ Arkansas, siendo el padre o la madre biológicos de _____ [denominado el “menor” de aquí en adelante] nombró a _____ del condado de _____ Arkansas, mi verdadero y legítimo apoderado para mí y en mi nombre, lugar y representación y en mi favor, y para hacer y desempeñar todas las responsabilidades que se indican a continuación y tener todos los derechos en relación con las mismas:

1. Desempeñar y actuar como y en mi nombre en función parental como y para el menor;
2. Dar consentimiento y permiso para cualquier tipo de cuidado y tratamiento médico, y firmar cualquier documento para que el menor sea ingresado en un hospital para tal finalidad, o según sea necesario para preservar la salud del menor;
3. Dar consentimiento y permiso para la inscripción y admisión en la escuela y para resolver los problemas relacionados con la asistencia escolar, y firmar todos los documentos necesarios para tal finalidad o firmar otros documentos relacionados con el bienestar del menor en la escuela;
4. Realizar cualquier acto necesario para obtener auxilio o ayuda que pueda beneficiar al menor;
5. Realizar cualquier otro acto necesario o requerido con respecto al apoyo, la salud y el cuidado general del menor.
6. Yo, _____, por la presente otorgo y concedo a _____, mi nombrado apoderado, completo poder y autoridad para hacer y realizar todos y cada uno de los actos necesarios para proteger y promover el bienestar del menor, tan plenamente y a todos los efectos como yo habría o podría hacer si estuviera personalmente presente en el momento, ratificando y confirmando por la presente todo lo que mis mencionados apoderados puedan o deban hacer o asegurar de que se haga en virtud de este poder notarial y de los derechos y poderes aquí otorgados.

7. Este poder notarial nombra a _____ como mi representante y apoderado que ejerce y actúa en mi nombre en función parental de mi hijo/hija menor, _____:
- Se revocará automáticamente el _____; o
 - no se revocará automáticamente.
8. **No es mi intención renunciar a mis derechos parentales sobre mi hijo/hija menor.**

EN FE DE LO CUAL, suscribo la presente el _____ día del mes de _____, 20_____.

ESTADO DE ARKANSAS)

) ss

CONDADO DE _____)

En este _____ día del mes de _____, de 20_____, compareció personalmente ante mí el padre o la madre que, de quien tengo conocimiento como la persona aquí descrita y quién efectuó el documento precedente, y reconoció que él/ella lo efectuó como acto y hecho de libre voluntad, y que _____ es el padre o la madre de dichos menores.

EN FE DE LO CUAL, firmo y sello este _____ día del mes de _____, de 20_____.

NOTARIO PÚBLICO, ESTADO DE ARKANSAS

Mi nombramiento vencerá: _____

(SELLO)

Revoking a Power of Attorney Under Arkansas Law

The purpose of these documents is to provide general information regarding the termination or revocation of a Power of Attorney. The following documents will help to address this issue when and if the need arises:

1. The first document is a draft letter that you can send to the Circuit Clerk's Office of the county where you live, the county of the person who was given the Power of Attorney, and any other county where the Power of Attorney was intended to operate.
2. The second document is the actual revocation that will accompany the letter. Both documents need to be sent to every business or other institution (e.g., school, hospital, or bank) where the Power of Attorney has been used. Both of these documents also need to be sent to the Attorney-in-Fact by certified mail to ensure notification of the revocation.
3. The third document is a step-by-step guide for revoking a Power of Attorney. This document can be used as a checklist to ensure you have taken all the necessary steps in revoking their Power of Attorney.

Letter to Clerk

[INSERT NAME AND ADDRESS]

[INSERT DATE]

[INSERT Circuit Clerk's Office Address; Business Address; or other applicable address]

RE: Revocation of Power of Attorney given to [INSERT NAME of POA]

Dear Clerk:

Please find enclosed my written revocation of a Power of Attorney given to the above referenced individual. This termination of the power of attorney is made in accordance with Arkansas Code Annotated §§18-12-502 and 28-68-110. Please file this revocation in the appropriate office and return a copy to me in the enclosed self-addressed stamped envelope. Thank you for your assistance in this matter. If you have any questions please feel free to contact me at:

_____. [However you want to be contacted, e.g., address, email address, phone number, etc.]

Sincerely,

[Name]

[Address]

Power of Attorney Revocation

KNOW ALL MEN BY THESE PRESENTS:

That I, _____ [Name], Principal, of _____
[Address], on _____ [Date], executed a General Power of
Attorney naming _____ [Name of Power of
Attorney], of _____ [POA's Address] as my attorney-in fact.

**I now wish to revoke said power of attorney under the laws of the State of
Arkansas found at Arkansas Code Annotated §§ 18-12-502 and 28-68-110.** The power
of attorney shall be revoked and deemed void as of filing with this Court.

Witness my hand this _____ day of _____ 20_____.

_____(Name), Principal

ACKNOWLEDGMENT

_____ STATE OF ARKANSAS)

) ss

COUNTY OF _____)

I, the undersigned, do certify that on this date, personally appeared before me, a notary public
for the State and County indicated above, _____, being duly
sworn, subscribed his name to this instrument and acknowledged to me, being of sound mind,
that it was his voluntary act and deed. IN WITNESS THEREOF, I have hereunto set my hand
and affixed my official seal on this _____ day of _____ 20_____.

Notary Public, State of Arkansas

My Commission Expires: _____.

[SEAL]

STEPS TO TERMINATING YOUR POWER OF ATTORNEY

1. **Ensure that a revocation of the Power of Attorney is what you need to do.**
Please consider discussing your course of action with an attorney prior to taking any action, if possible.
2. **Send the foregoing letter and revocation to the Circuit Clerk's Office of the county where you live, the county of the person who was given the Power of Attorney, and any other county where the Power of Attorney was intended to operate.** Also send it to any business or other institution (e.g., bank, hospital, car dealership, school, or other business) where the Power of Attorney has been used by the Attorney-in-Fact. Send this notification via certified mail.
3. **Courtesy copy your Attorney-in-Fact with the foregoing letter and revocation to put them on notice of the termination of their power.** Send this notification via certified mail. Sending a certified letter to the originally appointed Power of Attorney serves as legal notice of his revocation of duties. Be sure to save the receipt of certified mail as proof of service that notice was given. Verbal notification is not enough to revoke the Power of Attorney.
4. **Try to retrieve the original Power of Attorney documents.** If you are unable to retrieve them, or your previous Attorney-in-Fact refuses to return them, your receipt of certified mail will provide proof of notice of revocation.
5. **If you execute another Power of Attorney, naming another or the same Attorney-in-Fact, send the new Power of Attorney documents to the appropriate parties.** (e.g., the County Clerk, banks, hospitals, the new Attorney-in-Fact, etc.)
6. **If you fear your credit has been damaged as a result of your Attorney-in-Fact's actions, you can obtain a free credit report from:**
www.annualcreditreport.com.

Revocación de Un Poder Notarial (POA/Power of Attorney) Según la Ley de Arkansas

El propósito de estos documentos es proporcionar información general sobre la finalización o revocación de un poder notarial. Los siguientes documentos ayudarán a abordar esta cuestión cuando y si surgiera la necesidad:

1. El primer documento es un ejemplo de una carta que puede enviar a la oficina del secretario del circuito del condado (“circuit clerk’s office of the county”) en el que vive, el condado de la persona a la que se otorgó el poder notarial y a cualquier otro condado en el que el poder notarial tenga efecto.
2. El segundo documento es la revocación concreta que se adjuntará a la carta. Ambos documentos deben enviarse a todas las empresas u otras instituciones (por ejemplo, escuelas, hospitales o bancos) en las que se haya ejercido el poder notarial. Ambos documentos también deben enviarse al apoderado por correo certificado para garantizar la notificación de la revocación.
3. El tercer documento es una guía que muestra cada paso que se debe tomar para revocar un poder notarial. Este documento puede utilizarse como lista para asegurarse de que ha seguido todos los pasos necesarios para revocar el poder notarial.

Carta al Secretario Judicial

[NOMBRE Y DIRECCIÓN]

[FECHA]

[Dirección la Oficina del Secretario del Circuito del Condado (Circuit Clerk's Office of the County) la dirección profesional; u otra dirección pertinente]

RE: Revocación del Poder Notarial Otorgado a [Nombre del Apoderado]

Estimado/a Secretario/a:

Adjunta verá mi revocación por escrito de un poder notarial otorgado a la persona mencionada anteriormente. Esta revocación del poder notarial se hace en conformidad con el Código Anotado de Arkansas §18-12-502 y 28-68-110. Por favor, presente esta revocación en la oficina correspondiente y devuélvame una copia en el sobre adjunto franqueado con la dirección proporcionada. Gracias por su ayuda en este asunto. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo en _____.

[CÓMO QUIERE QUE SE PONGAN EN CONTACTO CON USTED, por ejemplo, dirección postal, dirección de correo electrónico, número de teléfono, etc.]

Cordialmente,

[Su Nombre]

[Su Dirección]

REVOCACIÓN DEL PODER NOTARIAL

CONOCE A TODOS LOS INDIVIDUOS POR ESTOS PRESENTES:

Que yo, _____ [Su Nombre], mandante, de _____
[Su Dirección], el _____ [Día o Mes], efectué un poder notarial
general nombrando a _____ [Nombre de
Apoderado], de _____ [Dirección del Apoderado] como mi
apoderado.

**Ahora deseo revocar dicho poder notarial en virtud de las leyes estatales de
Arkansas que se encuentran en el Código Anotado de Arkansas §18-12-502 y 28-68-
110.** El poder notarial será revocado y considerado nulo al ser presentado ante este tribunal de
justicia.

Testigo de mi mano este _____ día del mes de _____ de 20____.

_____ (Nombre), Mandante

RECONOCIMIENTO

ESTADO DE ARKANSAS)

ss)

CONDADO DE _____)

Yo, el firmante a continuación, certifico que en esta fecha ha comparecido personalmente ante
mí, un notario público del Estado y Condado indicados anteriormente, _____,
bajo juramento, ha suscrito su nombre en este documento y ha reconocido, en pleno uso de sus
facultades mentales, que su acto y hecho son de libre voluntad. EN FE DE LO CUAL, suscribo el
presente documento y coloco mi sello oficial en este _____ día del mes de
_____ 20____.

Notario Público, Estado de Arkansas

Mi Nombramiento Vencerá: _____.

[SELLO]

PASOS PARA FINALIZAR SU PODER NOTARIAL

1. **Asegúrese de que lo que debe hacer es revocar el poder notarial.** Considere discutir su curso de acción con un abogado antes de tomar cualquier medida, si es posible.
2. **Envíe la carta anterior y la revocación a la oficina del secretario del circuito del condado (“circuit clerk’s office”) en el que vive, al condado de la persona a la que se otorgó el poder notarial y a cualquier otro condado en el que el poder notarial haya tenido efecto.** Envíelo también a cualquier empresa u otra institución (por ejemplo, banco, hospital, agencia de automóviles, escuela u otra empresa) donde el apoderado haya ejercido el poder notarial. Envíe esta notificación por correo certificado.
3. **Envíe una copia de cortesía a su apoderado con la carta anterior y la revocación para avisarle sobre la finalización de su poder notarial.** Envíe esta notificación por correo certificado. Enviar una carta certificada al apoderado originalmente designado sirve como notificación legal de la revocación de sus funciones. Asegúrese de guardar el comprobante del correo certificado para demostrar que ha enviado la notificación. Notificar verbalmente no es suficiente para revocar el poder notarial.
4. **Intente obtener los documentos originales del poder notarial.** Si no puede recuperarlos, o su apoderado anteriormente designado se niega a devolverlos, el comprobante del correo certificado le servirá como prueba de la notificación de revocación.
5. **Si efectúa otro poder notarial en el que nombra a otro o al mismo apoderado, envíe los nuevos documentos del poder notarial a las partes apropiadas.** (Por ejemplo, el secretario del condado, bancos, hospitales, el nuevo apoderado, etc.)
6. **Si cree que su crédito se ha visto perjudicado debido a las acciones de su apoderado, puede obtener un informe de crédito gratuito en:**
www.annualcreditreport.com.