

El Distrito Escolar Unificado de Jurupa Unified School District
DECLARACIÓN de AUTORIZACIÓN de CUIDADO de NIÑOS

El uso de la declaración es autorizado por parte de 1.5 (comenzando con Sección 6550) de División 11 del Código Familiar de California.

Instrucciones: Completando el uno a cuarto (1-4) y firmando la declaración es suficiente para autorizar la inscripción del menor en la escuela y también autorizar cualquier atención medica relacionado con la escuela. Completando el cinco a ocho (5-8) es requerido para autorizar cualquier otra atención medica. Escribe con letra de molde.

Aviso: Si algunas de las declaraciones abajo están incorrectas usted cometerá un crimen pagando con una multa, encarcelamiento o ambos.

El menor nombrado abajo vive en mi hogar y yo tengo 18 años de edad o más.

1. Nombre del Menor: _____
2. Fecha de Nacimiento del Menor: _____
3. Mi nombre (adulto dando autorización): _____
4. Mi domicilio: _____

5. Yo soy abuelo/a, tía, tío, u otro pariente que calificado del meno (favor de ver atrás de este formulario para ver el significado de “pariente calificado.”) sí ____ no ____

6. Favor uno o ambos (por ejemplo, si algún padre fue avisado y otro no puedo ser localizado):

[] Yo he avisado los padre(s) o otros persona(s) que obtienen custodia legal del menor de mi intento para autorizar atención medica y no he recibido ningún objeción.

[] En este momento, no he podido contactarme con los padre(s) o otros persona(s) que tienen custodia legal del menor para notificarlos de mi autorización intentada.

7. Mi fecha de nacimiento: _____

8. Mi licencia de manejar del estado de California o el número de identificación: _____

Yo declaro bajo pena perjurio de las leyes del estado de California que lo precedente es verdad y correcto.

Fecha: _____

Firma: _____

AVISOS:

1. La declaración no afecta los derechos de los padres o guardián legal del menor sobre el cuidado, custodia y control del menor y no significa que el/la cuidador/a tiene custodia legal del menor.
2. Una persona que depende de esta declaración no tiene obligación para hacer mas averiguaciones o investigación.
3. Esta declaración solamente es valida por una año de la fecha que se firmó.

PARA EL/LA CUIDADOR/A DE NINOS:

1. “Pariente calificado,” por los propósitos del enumerado cinco, significa un cónyuge, padre, padrastro/madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio-hermano, media-hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo/a, o cualquier person que es identificado “abuelo/a o bisabuelo/a” o cónyuge de cualquiera de las personas especificada en esta significación, aunque después el matrimonio se haya terminado por muerte o disolución.
2. Si usted no es pariente o padre crianza registrado, a ley podrá requerir que usted para obtenga una licencia de crianza de niños para cuidar el menor. Si usted tiene alguna pregunta favor de llamar al departamento de servicios sociales.
3. Si el menor para de vivir con usted, usted es requerido notificar cualquier otra escuela, proveedor de salud o plan servicios de salud lo cual usted ha dado esta declaración.
4. Si usted no tiene la información requerida en el enumerado 8(Licencia de manejar del estado de California o identificación) tendrá que proveer otra forma de identificación como su seguro social o número de medical.

PARA OFICIALES ESCOLAR:

1. Sección 48204 del Código de Educación provees que esta declaración constituye una base suficiente para una determinación de residencia del menor, sin el requerimiento de una tutela o otra orden de custodia, al menos que el distrito escolar determine de hechos actuales que el menor no está viviendo con el/la cuidador/a de niños.
2. El distrito escolar podrá requerir evidencia adicional que es razonable que el/la cuidador/a de niños vive en el domicilio indicado en el 4 enumerado.

PROVEEDOR DE SALUD Y PLANS DE SERVICIOS DE SALUD:

1. Ninguna persona que actúa en buena fe sobre la declaración de autorización de cuidados de niños para proveer atención medica y dental, sin conocimiento actual de los hechos al contrario a los que se han declarado en esta declaración pueden ser incriminados o ser responsable a cualquier persona o resultar en una acción disciplinaria profesional.
2. Esta declaración no es para propósitos de seguro de salud.

Fecha: _____

Firma: _____