

보호인의 승인 진술서*

본 진술서의 사용은 캘리포니아 주 가족법 11 부, 1.5 편(섹션 6550 에서 시작)에 의해 승인되었습니다. 이 진술서는 미성년자의 돌봄, 보호, 통제와 관련된 미성년자의 부모 또는 법적 보호자의 권리에 영향을 주지 않으며, 보호인에게 미성년자에 대한 법적 보호권이 있다는 것을 의미하지 않습니다. 이 진술서는 해당 미성년자가 자동적으로 의료 혜택과 관련하여 부양가족이 된다는 것을 의미하지 않습니다.

하기 미성년자는 나의 집에 거주하며 나의 연령은 18 세 이상입니다.

1. 미성년자의 이름: _____
2. 미성년자의 생년월일: _____
3. 나의 이름 (승인을 하는 성인): _____
4. 나의 생년월일: _____
5. 사진이 있는 신분증 (캘리포니아 주 운전면허증 또는 캘리포니아 주 신분증): _____
(사본 첨부. 2 페이지의 보호인 유의사항 #4 참조) 신분증 번호
6. 나의 집 주소: _____

나는 미성년자의 조부모, 숙모, 숙부 또는 기타 적절한 친척입니다.

(항목 5 의 목적상 “적격한 친척”은 배우자, 부모, 의붓부모, 형제, 자매, 의붓형제, 의붓자매, 이복형제, 이복자매, 숙부, 숙모, 조카딸, 조카, 사촌, 또는 이 정의에서 명시된 모든 사람들의 “조” 또는 “증조”의 명칭이 붙은 모든 사람, 또는 사망이나 이혼으로 인해 혼인 관계가 종료되었다 하더라도 이 정의에 명시된 모든 사람들의 배우자를 의미함.)

7. 하나 또는 두 항목 모두 (예를 들어, 부모 중 한 분에게는 통지가 되었고 다른 부모는 위치를 파악할 수 없는 경우)

체크하십시오:

나는 해당 미성년자의 부모 또는 기타 법적 보호권을 가진 사람들에게 미성년자의 정신 치료 승인을 하려는 나의 의도를 통지했으며, 아무도 반대를 하지 않았음.

나는 현재 승인을 하려는 나의 의도를 통지하기 위해 해당 미성년자의 부모 또는 기타 법적 보호권을 가진 사람들에게 연락을 할 수 없음

경고: 상기 진술 중 정확하지 않은 사항이 있는 경우 이 서식에 서명하지 말아야 하며, 그런 경우에 서명하는 것은 벌금형이나 징역형 또는 두 가지 모두의 처벌을 받을 수 있는 범죄 행위에 해당함.

캘리포니아 주 법에 의한 위증죄 처벌 가능 사항임을 아는 상태에서, 본인은 진술한 사항이 사실이며 정확한 것임을 선언합니다. 미성년자가 더 이상 귀하와 함께 살지 않을 경우, 귀하는 반드시 본 진술서를 제출한 학교, 의료 제공처 또는 의료 서비스 플랜에 통보하셔야 합니다.

보호인 서명: _____ 날짜: _____

본 동의서는 고객 및/또는 책임이 있는 성인을 위해 _____어로 통역되었음.

고객 및/또는 책임이 있는 성인이 이 서식의 번역본에 서명을 한 경우, 해당 번역본이 영어 문서에 첨부되어야 함.

* 섹션 2 (동의서들 및 통지들)에 보관할 것

<p>이 기밀 정보는 해당되는 복지 및 시설법 (Welfare and Institutions code), 민법, 건강보험의 이진 및 책임에 관한 법(HIPAA) 등의 사생활 기준을 포함하지만 그에 한정되지 않는 주법, 연방법, 규정에 따라 제공됨. 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고는, 본 정보와 관련된 고객/위임 받은 대리인의 사전 승인 없이 추가적인 공개를 위해 이 정보를 복제 할 수 없음. 이 정보는 명백히 진술된 본래의 목적이 충족된 이후에는 파기되어야 함.</p>	<p>성명: _____ IS 번호: _____ 기관: _____ 기관 번호: _____</p> <p style="text-align: center;">로스엔젤레스 카운티 정신 보건국</p>
--	---

유의사항:

- 이 선언은 미성년자의 돌봄, 보호, 통제와 관련된 미성년자의 부모 또는 법적 보호자의 권리에 영향을 주지 않으며, 보호인에게 미성년자에 대한 법적 보호권이 있다는 것을 의미하지 않습니다.
- 본 진술서에 의존하는 사람은 추가적인 문의 또는 조사를 수행할 책임이 없습니다.
- 본 진술서는 작성된 날짜로부터 1년 동안만 유효합니다.

중요한 정보

보호인의 유의 사항

1. 항목 5의 목적상 “적격한 친척”은 배우자, 부모, 의붓부모, 형제, 자매, 의붓형제, 의붓자매, 이복형제, 이복자매, 숙부, 숙모, 조카딸, 조카, 사촌, 또는 이 정의에서 명시된 모든 사람들의 “조” 또는 “증조”의 명칭이 붙은 모든 사람, 또는 사망이나 이혼으로 인해 혼인 관계가 종료되었다 하더라도 이 정의에 명시된 모든 사람들의 배우자를 의미합니다.
2. 귀하께서 친척 또는 인가된 위탁 부모가 아닌 경우, 미성년자를 돌보시려면 귀하께서는 법에 의해 위탁 가정 면허 (foster home license) 취득을 요구 받으실 수도 있습니다. 질문이 있으시면, 귀하 지역의 사회 복지 부서에 연락하십시오.
3. 미성년자가 더 이상 귀하와 함께 살지 않을 경우, 귀하께서는 반드시 본 진술서를 제출한 학교, 의료 서비스 제공자 또는 의료 서비스 플랜에 통보하셔야 합니다.
4. 항목 5에서 요청된 정보(캘리포니아 주 운전면허증 또는 캘리포니아 주 신분증)가 없는 경우, 사회보장번호 또는 메디칼(Medi-Cal) 번호와 같은 다른 형태의 신분 증명을 제공하십시오.

학교 당국자의 유의 사항

1. 교육구가 사실에 근거하여 해당 미성년자가 보호인과 함께 살지 않는 것으로 판단하지 않는 한, 교육법 제 48204 절에 의거하여, 이 진술서는 후견인 자격 또는 기타 보호권에 대한 요건 없이 미성년자의 거주지를 판단하기 위한 충분한 근거가 됩니다.
2. 교육구는 보호인이 항목 4에 명기된 주소에 거주한다는 합리적인 증거를 추가적으로 요청할 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 및 의료 플랜의 유의 사항

1. 진술서에 진술된 사항과 반대되는 사실을 알지 못한 채 보호인의 승인 진술서에 의존하여 의료 진료 또는 치과 진료를 제공한 사람은, 본 서식에 작성된 특정 부분에 의존한 사실 때문에 누구에 대하여 형사적 또는 민사적 책임을 지지 않으며, 직업상의 징계 조치를 당하지 않습니다.
2. 이 진술서는 해당 미성년자가 자동적으로 의료 혜택을 받기 위해서 피부양인이 된다는 것을 의미하지 않습니다.