

اظهارنامه

مجوز مراقب*

صفحه 1 از 3

استفاده از این اظهارنامه مطابق با بخش 1.5 (از ماده 6550 به بعد) از بخش 11 «قانون خانواده ایالت کالیفرنیا» مجاز است. این اظهارنامه هیچگونه تأثیری بر حقوق والدین یا قیم قانونی فرد صغیر در خصوص مراقبت، حضانت و کنترل وی ندارد و به این معنا نیست که مراقب دارای حضانت قانونی فرد صغیر است. این اظهارنامه به این معنا نیست که فرد صغیر بهطور خودکار برای اهداف پوشش خدمات درمانی، تحت تکفل محسوب می‌شود. فرد صغیری که نام او در زیر آمده است در منزل من زندگی می‌کند و من 18 سال یا بیشتر سن دارم.

1. نام فرد صغیر: _____
2. تاریخ تولد فرد صغیر: _____
3. نام من (بزرگسال اعطاکنده مجوز): _____
4. نشانی محل سکونت من: _____
5. من از خویشاوندان کودک هستم (برای تعریف «خویشاوند» به پشت این فرم مراجعه شود).
6. یکی یا هر دو مورد را علامت بزنید (برای مثال، اگر یکی از والدین مطلع شده باشد و دسترسی به والد دیگر ممکن نباشد):
☐ به والد(ین) یا سایر اشخاص دارای حضانت قانونی فرد صغیر اطلاع داده‌ام که قصد اعطای مجوز برای خدمات سلامت روان را دارم و هیچگونه اعتراضی دریافت نکرده‌ام.
☐ در حال حاضر قادر به برقراری تماس با والد(ین) یا سایر اشخاص دارای حضانت قانونی فرد صغیر برای اطلاع‌رسانی در خصوص مجوز مورد نظر خود نیستم.
7. تاریخ تولد من: _____

8. شماره گواهینامه رانندگی ایالت کالیفرنیا یا کارت شناسایی یا کارت کنسولی صادره از سوی دولت:
 شماره شناسایی (ID): _____ (یک نسخه پیوست شود؛ به صفحه 2، بخش «برای مراقبان»، بند 4 مراجعه شود)

هشدار به مراقب: اگر هر یک از اظهارات فوق نادرست است، این فرم را امضا نکنید، در غیر این صورت مرتکب جرمی خواهید شد که مجازات آن می‌تواند جریمه نقدی، حبس یا هر دو باشد.
 هشدار به نهادهای آموزشی محلی و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی: مهر یا امضای دادگاه الزامی نیست. این فرم نیاز به تأیید محضری ندارد.

اینجانب تحت مجازات سوگند دروغ و بر اساس قوانین ایالت کالیفرنیا اقرار می‌کنم که مطالب فوق صحیح و درست است. در صورتی که فرد صغیر دیگر با شما زندگی نکند، موظف هستید هر مدرسه، ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا طرح خدمات درمانی را که این اظهارنامه را به آن ارائه کرده‌اید، مطلع سازید. امضای مراقب: _____ تاریخ: _____

این رضایت‌نامه به زبان _____ برای مراجع و/یا بزرگسال مسئول ترجمه شد.

در صورتی که نسخه ترجمه‌شده این رضایت‌نامه توسط مراجع و/یا بزرگسال مسئول امضا شده باشد، نسخه ترجمه‌شده باید به نسخه انگلیسی پیوست شود.

- این اظهارنامه هیچ‌گونه تأثیری بر حقوق والدین یا قیم قانونی فرد صغیر در خصوص مراقبت، حضانت و کنترل وی ندارد و به این معنا نیست که
- مراقب دارای حضانت قانونی فرد صغیر است.
- هر شخصی که به این اظهارنامه استناد کند، هیچ‌گونه الزامی برای انجام بررسی یا تحقیق بیشتر ندارد.
- این اظهارنامه فقط تا یک سال پس از تاریخ تنظیم آن معتبر است.

اطلاعات مهم

برای مراقبان

- «خویشاوند»، برای مقاصد بند 5، به بزرگسالی اطلاق می‌شود که از طریق نسبت خونی، فرزندخواندگی یا سببی تا درجه پنجم خویشاوندی با کودک مرتبط باشد؛ از جمله ناپدری و نامادری، خواهر و برادر ناتنی، و تمامی خویشاوندانی که وضعیت آن‌ها با واژه‌های «جد»، «جد بزرگ» یا «پدربزرگ/مادربزرگ» توصیف می‌شود، یا همسر هر یک از این افراد، حتی اگر از دواج به‌واسطه فوت یا طلاق خاتمه یافته باشد.
- قانون ممکن است از شما بخواهد، در صورتی که خویشاوند نیستید یا در حال حاضر به‌عنوان والد سرپرست موقت دارای مجوز نیستید، برای مراقبت از یک فرد صغیر، مطابق با ماده 1517 از «قانون بهداشت و ایمنی» یا ماده 16519.5 از «قانون رفاه و نهادهای»، تأییدیه «خانواده منبع» را دریافت کنید. در صورت داشتن هرگونه سؤال، لطفاً با اداره خدمات اجتماعی محلی خود تماس بگیرید.
- اگر فرد صغیر دیگر با شما زندگی نکند، این اظهارنامه دیگر معتبر نخواهد بود. شما موظف هستید هر مدرسه، ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا طرح خدمات درمانی را که این اظهارنامه را به آن ارائه کرده‌اید، مطلع سازید که فرد صغیر دیگر با شما زندگی نمی‌کند و در نتیجه، این اظهارنامه دیگر معتبر نیست.
- اگر اطلاعات خواسته‌شده در بند 8 (گواهینامه رانندگی ایالت کالیفرنیا یا کارت شناسایی یا کارت کنسولی صادره از سوی دولت) را در اختیار ندارید، نوع دیگری از مدرک شناسایی مانند شماره تأمین اجتماعی یا شماره Medi-Cal خود را ارائه دهید.

برای مسئولان مدرسه

- ماده 48204 از «قانون آموزش» مقرر می‌دارد که این اظهارنامه، بدون نیاز به حکم قیمومت یا سایر دستورات مربوط به حضانت، مبنای کافی برای تعیین محل سکونت فرد صغیر محسوب می‌شود، مگر آنکه ناحیه آموزشی بر اساس واقعیت‌های موجود تشخیص دهد که فرد صغیر با مراقب زندگی نمی‌کند.
- ناحیه آموزشی ممکن است شواهد معقول بیشتری مبنی بر سکونت مراقب در نشانی درج‌شده در بند 4 درخواست کند.
- مهر یا امضای دادگاه الزامی نیست. این فرم نیاز به تأیید محضری ندارد.

برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و طرح‌های خدمات درمانی

- در صورتی که این اظهارنامه توسط یک خویشاوند امضا شده باشد، همان حقوقی را برای صدور مجوز مراقبت‌های پزشکی و دندان‌پزشکی برای فرد صغیر اعطا می‌کند که طبق ماده 2353 از «قانون امور حسبی» به قیم‌ها داده شده است. مراقبت‌های پزشکی که توسط یک مراقب خویشاوند مجاز اعلام می‌شود، ممکن است شامل درمان‌های سلامت روان نیز باشد، مشروط به محدودیت‌های مندرج در ماده 2356 از «قانون امور حسبی».
- ارائه‌دهنده خدمات درمانی که با حسن نیت و با اتکا به اظهارنامه مجوز مراقب، اقدام به ارائه خدمات پزشکی یا دندان‌پزشکی نماید، بدون آنکه از وجود واقعی شرایطی مغایر با موارد مندرج در اظهارنامه اطلاع داشته باشد، در قبال این اتکا، در صورتی که بخش‌های مربوطه فرم تکمیل شده باشد، مشمول مسئولیت کیفری یا مدنی نسبت به هیچ شخصی نخواهد بود و همچنین مشمول اقدامات انضباطی حرفه‌ای قرار نخواهد گرفت. مهر یا امضای دادگاه الزامی نیست. این فرم نیاز به تأیید محضری ندارد.
- این اظهارنامه برای اهداف پوشش خدمات درمانی، موجب ایجاد وضعیت تحت تکفل نمی‌شود.