

이 진술서의 사용은 캘리포니아 가족법 제11편 제1.5장(제6550절부터 시작)에 따라 허가됩니다. 이 진술서의 사용은 미성년자의 양육, 보호 및 관리에 관한 부모 또는 법정 후견인의 권리에 영향을 미치지 않으며, 보호자가 미성년자에 대한 법적 양육권을 갖는다는 것을 의미하지도 않습니다. 이 진술서는 해당 미성년자가 의료보험 적용 대상으로 자동 지정된다는 것을 의미하지 않습니다.

아래 이름의 미성년자는 본인의 집에 거주하고 있으며, 본인의 나이는 만 18세 이상입니다.

1. 미성년자의 이름: _____
2. 미성년자의 생년월일: _____
3. 본인(권한을 부여하는 성인)의 이름: _____
4. 본인의 집 주소: _____
5. 저는 해당 아동의 친척입니다('친척'의 정의는 이 양식 뒷면을 참조하십시오).
6. (예: 부모 중 한사람에게는 연락이 닿았지만 다른 쪽 부모의 소재를 파악할 수 없는 경우) 둘 중 하나 또는 둘 다를 선택하십시오.
 - ☐ 본인은 해당 미성년자의 법적 양육권을 가진 부모 또는 다른 사람에게 본인이 동 미성년자에 대한 정신 건강 치료를 승인할 의사를 알렸으며, 아무런 이의도 제기받지 않았습니다.
 - ☐ 현재로서는 해당 미성년자에 대한 법적 양육권을 가진 부모 또는 다른 사람에게 연락하여 본인이 동 미성년자에 대한 정신 건강 치료를 승인할 의사를 알릴 수 없습니다.
7. 본인의 생년월일: _____
8. 본인의 캘리포니아 운전면허증, 신분증 또는 정부 발행 영사관 카드의 번호:
ID# _____ (사본 첨부; 2페이지 참조, 보호자, 4 페이지 참조)

보호자에 대한 경고: 위의 내용 중 하나라도 사실과 다를 경우 이 양식에 서명하지 마십시오. 서명할 경우 벌금형, 징역형 또는 둘 다에 처해질 수 있는 범죄에 해당합니다.

지역 교육기관 및 의료서비스 제공자에 대한 경고 : 법원의 직인이나 서명은 필요하지 않습니다. 이 양식은 공증이 필요하지 않습니다.

본인은 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있음을 인지하며 본 절차의 내용이 사실이며 정확함을 선언합니다. 해당 미성년자가 더 이상 귀하와 함께 거주하지 않게 되는 경우, 귀하는 이 진술서를 제출한 모든 학교, 의료기관 또는 의료 서비스 기관에 그 사실을 알려야 합니다. 보호자 서명 _____ 날짜: _____

본 동의서는 의뢰인 및/또는 _____ 보호자를 위해 통역되었습니다.

의뢰인 및/또는 보호자가 동의서의 번역본에 서명한 경우, 해당 번역본을 영문본에 첨부해야 합니다.

- 이 선언은 미성년자의 양육, 보호 및 관리에 관한 미성년자의 부모 또는 법정 후견인의 권리에 영향을 미치지 않으며, 보호자가 미성년자에 대한 법적 양육권을 갖는다는 것을 의미하지 않습니다.
- 이 진술서를 신뢰하는 사람은 더 이상의 문의나 조사를 할 의무가 없습니다.
- 이 진술서는 작성된 날짜로부터 1년간만 유효합니다.

중요 정보

보호자 해당

1. 제5항의 목적상 "친척"이란 혈연, 입양 또는 인척 관계로 5촌 이내의 친족 관계에 있는 성인을 의미하며, 계부모, 이복형제자매, 그리고 "증조", "고조" 또는 "조부모"라는 단어가 앞에 붙는 모든 친척, 또는 이러한 사람의 배우자(사망이나 이혼으로 혼인이 종료된 경우 포함)를 포함합니다.
2. 친척 관계가 아니거나 현재 위탁 부모 자격증을 소지하지 않은 경우, 미성년자를 돌보기 위해서는 보건안전법 제1517절 또는 복지제도법 제16519.5절에 따라 위탁 가정의 승인을 받아야 할 수 있습니다. 의문 사항이 있으면 지역 사회복지과에 문의하십시오.
3. 해당 미성년자가 더 이상 귀하와 함께 거주하지 않게 되면 본 진술서는 더 이상 유효하지 않습니다. 귀하는 이 진술서를 제출했던 모든 학교, 의료기관 또는 의료 서비스 기관에 해당 미성년자가 더 이상 귀하와 함께 거주하지 않으며, 따라서 이 진술서가 더 이상 유효하지 않다는 사실을 알려야 합니다.
4. 8번 항목에 요청된 정보(캘리포니아주 운전면허증 또는 신분증, 또는 정부 발행 영사관 카드)가 없는 경우, 사회보장번호 또는 메디칼 번호와 같은 다른 형태의 신분 확인 정보를 제공하십시오.

학교 관계자 여러분께

1. 교육법 제48204조는 이 진술서가 미성년자의 거주지를 판단하는 충분한 근거가 되며, 후견인 지정이나 기타 양육권 명령이 필요하지 않다고 규정하고 있습니다. 다만, 해당 교육구에서 실제 사실을 통해 미성년자가 보호자와 함께 거주하지 않는다고 판단하는 경우는 예외입니다.
2. 교육구는 보호자가 4항에 기재된 주소에 거주한다는 추가적인 합리적인 증거를 요구할 수 있습니다.
3. 법원의 인장이나 서명은 필요하지 않습니다. 이 양식은 공증이 필요하지 않습니다.

의료 서비스 제공자 및 건강 보험 계획 담당자 여러분께

1. 친척이 서명한 이 진술서는 유언검증법 제2353절에 따라 후견인에게 부여된 것과 동일한 미성년자의 의료 및 치과 치료 승인 권한을 부여합니다. 친척 보호자가 승인한 의료 서비스에는 정신 건강 치료가 포함될 수 있으며, 이는 유언 검인법 제2356절의 제한 사항을 따릅니다.
2. 보호자의 위임 진술서에 명시된 내용과 상반되는 사실을 실제로 알지 못한 채, 선의로 의료 또는 치과 진료를 제공하기 위해 위임 진술서를 신뢰한 의료 서비스 제공자는 해당 양식의 관련 부분을 작성한 경우, 그 신뢰에 대해 형사상 책임이나 민사상 책임을 지지 않으며, 전문직 징계 조치의 대상이 되지 않습니다. 법원의 인장이나 서명은 필요하지 않습니다. 이 양식은 공증이 필요하지 않습니다.
3. 이 진술서는 의료 보험 적용 목적상 부양 관계를 인정하지 않습니다.