

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR*

El uso de esta declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (que comienza con la Sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California. Esta declaración no afecta los derechos de los padres o del tutor legal del menor en relación con el cuidado, la custodia y el control del menor, ni significa que el cuidador tenga la custodia legal del menor. Esta declaración jurada no implica que el menor sea considerado automáticamente dependiente para los fines de cobertura de atención médica.

El menor que se indica a continuación vive en mi casa y yo soy mayor de 18 años.

1. Nombre del menor: _____
2. Fecha de nacimiento del menor: _____
3. Mi nombre (*adulto que proporciona la autorización*): _____
4. Mi dirección: _____
5. Soy familiar del niño (consulte el reverso del formulario para obtener la definición de "familiar").
6. Marque una o ambas opciones (por ejemplo, si se informó a uno de los padres y no se puede localizar al otro):
 - ☐ He informado a los padres o a otras personas que tienen la custodia legal del menor de mi intención de autorizar la atención de salud mental y no he recibido ninguna objeción.
 - ☐ En este momento no puedo ponerme en contacto con los padres u otras personas con custodia legal del menor para informarles mi intención de autorizar dicha atención.
7. Mi fecha de nacimiento: _____
8. El número de mi licencia de conducir o tarjeta de identificación de California, o de mi tarjeta consular oficial:
ID# _____ (Adjunte una copia; consulte la página 2, Para cuidadores, #4)

ADVERTENCIA PARA EL CUIDADOR: NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES ANTERIORES ES INCORRECTA; DE LO CONTRARIO, ESTARÁ COMETIENDO UN DELITO QUE PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA, PRISIÓN O AMBAS.

ADVERTENCIA PARA LAS ENTIDADES EDUCATIVAS LOCALES Y LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA: NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE UN TRIBUNAL. ESTE FORMULARIO NO REQUIERE LEGALIZACIÓN.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

Página 2 de 3

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto. Si el menor deja de vivir con usted, debe notificar a cualquier escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios de atención médica al que haya entregado esta declaración jurada.

Firma del cuidador: _____ Fecha: _____

Este Consentimiento fue interpretado _____ para el cliente o el adulto responsable.

Si la versión traducida de este Consentimiento fue firmada por el cliente o el adulto responsable, dicha versión traducida deberá adjuntarse a la versión en inglés.

- Esta declaración no afecta los derechos de los padres o del tutor legal del menor en relación con el cuidado, la custodia y el control del menor, ni significa que el cuidador tenga la custodia legal del menor.
- Quien se base en esta declaración jurada no tiene obligación de realizar ninguna otra consulta o investigación.
- Esta declaración jurada es válida solo por un año a partir de la fecha en que se firma.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

PARA LOS CUIDADORES

1. "Familiar", a efectos del punto 5, significa un adulto que esté relacionado con el menor por consanguinidad, adopción o afinidad dentro del quinto grado de parentesco, incluidos padrastros o madrastras, hermanastros o hermanastras, así como los familiares con prefijos como "bis" o "tatar", o los abuelos, y el cónyuge de cualquiera de estas personas, incluso cuando el matrimonio haya terminado por fallecimiento o disolución.
2. La ley puede exigirle, si usted no es familiar ni padre de acogida autorizado, que obtenga la aprobación de la familia de recursos de conformidad con la Sección 1517 del Código de Salud y Seguridad o la Sección 16519.5 del Código de Bienestar e Instituciones para poder cuidar a un menor. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su departamento local de servicios sociales.
3. Si el menor deja de vivir con usted, la declaración jurada pierde su validez. Debe notificar a cualquier escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios de atención médica al que haya entregado esta declaración jurada que el menor ya no vive con usted y que, como resultado, la declaración jurada ya no es válida.
4. Si usted no tiene la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir o tarjeta de identificación de California o tarjeta consular oficial), proporcione otra forma de identificación como su número de seguridad social o su número de Medi-Cal.

PARA LOS OFICIALES DE LA ESCUELA

1. La Sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye base suficiente para determinar la residencia del menor, sin necesidad de una tutela ni de otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine, en virtud de los hechos reales, que el menor no vive con el cuidador.
2. El distrito escolar puede exigir evidencia adicional razonable que demuestre que el cuidador vive en la dirección indicada en el punto 4.
3. No se requiere sello ni firma del tribunal. Este formulario no requiere legalización.

PARA LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y PLANES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Al firmar esta declaración jurada, el familiar tendrá los mismos derechos que los tutores, conforme a la Sección 2353 del Código de Sucesiones, para autorizar la atención médica y dental del menor. La atención médica autorizada por un cuidador que sea familiar puede incluir el tratamiento de salud mental, sujeto a las limitaciones de la Sección 2356 del Código de Sucesiones.
2. Un proveedor de servicios de atención médica que, de buena fe, se base en una declaración jurada de autorización del cuidador para prestar atención médica o dental, sin tener conocimiento real de hechos contrarios a lo declarado en ella, no estará sujeto a responsabilidad penal ni civil frente a ninguna persona, ni a medidas disciplinarias profesionales por basarse en ella, siempre que las secciones aplicables del formulario estén debidamente completadas. No se requiere sello ni firma del tribunal. Este formulario no requiere legalización.
3. Esta declaración jurada no establece la condición de dependiente para fines de cobertura de atención médica.