

Caregiver's Authorization Affidavit

Use of this affidavit is authorized by Part 1.5 (commencing with Section 6550) of Division 11 of the California Family Code.

Instructions:

Completion of items 1-4, inclusive, and the signing of the affidavit is sufficient to authorize enrollment of a minor in school and authorize school-related medical care. School-related medical care means medical care that is required by state or local governmental authority as a condition for school enrollment, including immunizations, physical exams and medical exams conducted in schools. Completion of items 5-8, inclusive, is additionally required to authorize any other medical care. Please print clearly.

I am requesting enrollment of the minor in school and to authorize school-related medical care. Completion of items 1-4 only is required.

I am requesting to authorize medical care not school-related. Completion of items 1-8 is required.

The minor named below lives in my home, and I am 18 years of age or older.

1. Name of minor: _____

2. Minor's birth date: _____

3. My name (adult giving authorization): _____

4. My home address: _____

5. I am a grandparent, aunt, uncle, or other qualified relative of the minor (*see back of this form for a definition of "qualified relative"*).

6. Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located):

I have advised the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor of my intent to authorize medical care, and have received no objection.

I am unable to contact the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor at this time, to notify them of my intended authorization.

7. My date of birth: _____

8. My California driver's license or ID card number: _____

WARNING: DO NOT SIGN THIS FORM IF ANY OF THE STATEMENTS ABOVE ARE INCORRECT, OR YOU WILL BE COMMITTING A CRIME PUNISHABLE BY A FINE, IMPRISONMENT OR BOTH.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(legal representative)

Print name: _____
(legal representative)

Please **NOTE:**

- This declaration does not affect the rights of the minor's parents or legal guardian regarding the care, custody, and control of the minor, and does not mean that the caregiver has legal custody of the minor.
- A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation.

IMPORTANT INFORMATION

To Caregivers

"Qualified relative," for purposes of item 5, means a spouse, parent, stepparent, brother, sister, stepbrother, stepsister, half-brother, half-sister, uncle, aunt, niece, nephew, first cousin, or any person denoted by the prefix "grand" or "great," or the spouse of any of the persons specified in this definition, even after the marriage has been terminated by death or dissolution.

The law may require you, if you are not a relative or currently licensed, certified, or approved foster parent, to obtain resource family approval pursuant to Health and Safety Code Section 1517 or Welfare and Institutions Code Section 16519.5 in order to care for a minor. If you have any questions, please contact your local department of social services.

If the minor stops living with you, you are required to notify any school, health care provider, or health care service plan to which you have given this affidavit. The affidavit is invalid after the school, health care provider or health care service plan receives notice that the minor no longer lives with you.

If you do not have the information requested in item 8 (California driver license or identification card), provide another form of identification such as your social security number or Medi-Cal number.

To School Officials

Section 48204(a)(5) of the Education Code provides that this affidavit constitutes a sufficient basis for determination of residency of the minor, without the requirement of a guardianship or other custody order, unless the school district determines from actual facts that the minor is not living with the caregiver.

The school district may require additional reasonable evidence that the caregiver lives at the address provided in item 4.

To Health Care Providers and Health Care Service Plans

A person who acts in good faith reliance upon a Caregiver's Authorization Affidavit to provide medical or dental care, without actual knowledge of facts contrary to those stated on the affidavit, is not subject to criminal liability or to civil liability to any person, and is not subject to professional disciplinary action, for that reliance if the applicable portions of the form are completed.

This affidavit does not mean that the minor is automatically a dependent for health care coverage purposes.

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Declaracion Jurada de Autorizacion de una Persona Que Cuida a un Menor de Edad

El uso de esta declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (a partir de la sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

Instrucciones:

Para autorizar la matrícula y la atención médica en la escuela de un menor de edad basta con completar los puntos del 1 al 4 y firmar la declaración jurada. La atención médica en la escuela se refiere a los cuidados médicos que las autoridades gubernamentales locales o estatales exigen como condición de la matrícula escolar, incluyendo inmunizaciones, exámenes físicos y exámenes médicos realizados en las escuelas. Para autorizar cualquier otro tipo de atención médica se deben completar además los puntos del 5 al 8. Por favor escriba claramente en letra de molde.

- Solicito inscripción del menor de edad en la escuela y autorizo la atención médica relacionada con la escuela. Sólo se requiere llenar los puntos 1 a 4.
- Solicito autorizar atención médica no relacionada con la escuela. Se requiere llenar los puntos 1 a 8.

El menor de edad nombrado a continuación reside en mi domicilio y tengo 18 años de edad o más.

1. Nombre del menor de edad:
2. Fecha de nacimiento del menor de edad:
3. Mi nombre:(adulto que presta autorización)
4. Dirección de mi domicilio:
5. Soy abuelo, tía, tío u otro pariente calificado del menor de edad (para una definición de "pariente calificado" sírvase consultar el dorso de este formulario).
6. Marque un casillero o ambos (por ejemplo, si le avisaron a un padre y el otro no se puede localizar):
 - He avisado al/los padre(s) u otra(s) persona(s) con custodia legal del menor de edad de mi intención de autorizar atención médica y no he recibido ninguna objeción.
 - No he podido ponerme en contacto con el/los padre(s) u otra(s) persona(s) con custodia legal del menor de edad en el presente para notificarles que propongo prestar autorización.
7. Mi fecha de nacimiento:
8. El número de mi licencia de conducir o tarjeta de identificación de California:

ADVERTENCIA: NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN SEA INCORRECTA O SI ESTARÁ COMETIENDO UN DELITO SUJETO A MULTAS, ENCARCELAMIENTO O AMBOS

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo que antecede es verdadero y correcto.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(representante legal)

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

Sírvase **NOTAR:**

- Esta declaración no afecta los derechos de los padres o tutores legales del menor de edad acerca del cuidado, custodia y control del menor, y no significa que el que cuida a dicho menor de edad tenga custodia legal del menor de edad.
- Una persona que se base en esta declaración jurada no tiene ninguna obligación de realizar ninguna otra averiguación o investigación.

INFORMACION IMPORTANTE

A los Que Cuidan a Menores de Edad

Para los objetivos del punto 5, "familiar calificado" significa un cónyuge, padre, padrastro, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo hermano, abuelo, abuela, bisabuelo, bisabuela o el cónyuge de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio haya finalizado a causa de fallecimiento o disolución.

Si usted no es pariente o actualmente padre de crianza con licencia, certificado o aprobado, la ley puede requerir que obtenga la aprobación de recursos familiar en virtud del Código de Salud y Seguridad de California, sección 1517 o el Código de Bienestar e Instituciones, sección 16519.5 para poder cuidar de un menor de edad. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su departamento local de servicios sociales.

Si el menor deja de vivir con usted, usted debe notificar a la escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios médicos a los que les haya entregado esta declaración jurada. La declaración jurada expirará en cuanto la escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios médicos reciba notificación de que el menor ya no reside con usted.

Si no tiene la información requerida en el punto 8 (licencia de conducir o tarjeta de identificación de California), provea alguna otra forma de identificación, como su número del Seguro Social o de Medi-Cal.

A Los Funcionarios de las Escuelas

La Sección 48204 del Código de Educación estipula que esta declaración jurada constituya un fundamento suficiente para determinar la residencia del menor de edad, sin el requisito de una orden de tutela o de algún otro orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine mediante hechos concretos que el menor no está viviendo con la persona que lo cuida.

El distrito escolar podrá requerir pruebas adicionales razonables de que la persona que cuida al menor de edad vive en la dirección provista en el punto 4.

A los Proveedores de Servicios de Salud y a los Planes de Servicios de Atención de la Salud

Una persona que actúe de buena fe con base en una Declaración Jurada de Autorización del Encargado del Menor y proporcione atención médica o dental sin tener conocimiento real de hechos contrarios a los que establece la declaración jurada no estará sujeta a cargos penales ni civiles por ningún tercero, ni tampoco estará sujeta a acciones disciplinarias profesionales por sus actos si todas las partes aplicables del formulario se completan.

Esta declaración jurada no significa que el menor de edad es automáticamente un dependiente para fines de la cobertura de la atención de la salud.

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: Family Code Sections 6550 to 6552

