

## اظهارنامه اختیار مراقب

استفاده از این اظهارنامه طبق بخش 1.5 (مواد 6550 تا 6552) از فصل 11 قانون خانواده کالیفرنیا (California Family Code) مجاز است.

**راه‌نما:** تکمیل بندهای 1 تا 4 و امضای این اظهارنامه برای اجازه ثبت نام کودک زیر سن قانونی در مدرسه و اجازه مراقبت پزشکی مرتبط با مدرسه کافی است. تکمیل بندهای 5 تا 8 نیز برای اجازه هرگونه مراقبت پزشکی دیگر برای کودک لازم است. لطفاً حروف را واضح و خوانا بنویسید یا تایپ کنید.

کودک زیر سن قانونی نامبرده در زیر، در خانه من زندگی می‌کند، و سن من 18 سال یا بیشتر است.

1. نام کودک زیر سن قانونی: \_\_\_\_\_
2. تاریخ تولد کودک: \_\_\_\_\_
3. نام من (بزرگسال تکمیل‌کننده فرم): \_\_\_\_\_
4. نشانی محل سکونت من: \_\_\_\_\_
5.  من خویشاوند کودک زیر سن قانونی نامبرده در بند 1 هستم. (برای تعریف «خویشاوند» به پشت این فرم مراجعه کنید.)
6. یکی یا هر دو مورد را علامت بزنید (برای نمونه، اگر یکی از والدین را مطلع کرده‌اید ولی نمی‌توانید والد دیگر را پیدا کنید):
  - a.  من والد/والدین یا شخص/اشخاص دیگری که حضانت قانونی کودک زیر سن قانونی نامبرده در بند 1 را دارند، از قصد خود برای اجازه مراقبت پزشکی برای کودک مطلع کرده‌ام و مخالفتی دریافت نکرده‌ام.
  - b.  من در حال حاضر قادر به تماس با والد/والدین یا شخص/اشخاص دیگری که حضانت قانونی کودک زیر سن قانونی نامبرده در بند 1 را دارند نیستم تا آنها را از قصد خود برای اجازه مراقبت پزشکی برای کودک مطلع کنم.
7. تاریخ تولد من: \_\_\_\_\_
8. شماره گواهینامه رانندگی یا کارت شناسایی کالیفرنیا یا کارت کنسولی صادره از دولت: \_\_\_\_\_

**هشدار به مراقب:** اگر هر یک از اظهارات تکمیل‌شده در بالا صحیح نیست، این فرم را امضا نکنید. امضای این فرم با اطلاعات نادرست جرم محسوب می‌شود و مجازات آن جریمه نقدی، حبس، یا هر دو است.

**اطلاعیه به ادارات آموزشی محلی و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی:** این فرم نیازی به مهر دادگاه یا امضای منشی دادگاه یا قاضی برای معتبر بودن ندارد. همچنین نیازی به گواهی امضا (محضری) ندارد.

اینجانب با علم به مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام می‌کنم که اطلاعات فوق صحیح و درست است.

تاریخ: \_\_\_\_\_

اسم خود را امضا کنید

اطلاعی‌ها و اطلاعات تکمیلی را در صفحه 2 ببینید.

## اطلاعیه‌ها:

1. این اظهارنامه (که به آن «اعلامیه» نیز گفته می‌شود) تأثیری بر حقوق والدین یا سرپرست قانونی کودک زیر سن قانونی نامبرده در بند 1 صفحه 1 در خصوص مراقبت، حضانت، و کنترل کودک ندارد. این اظهارنامه حضانت قانونی کودک را به مراقب نمی‌دهد.
2. شخصی که به این اظهارنامه اتکا می‌کند الزامی به پرس‌وجو یا تحقیق بیشتر ندارد.

## اطلاعات تکمیلی:

### خطاب به مراقبین:

1. «خویشاوند» برای مقاصد بند 5 به معنای فرد بزرگسالی است که با کودک از طریق خون، فرزندخواندگی، یا خویشاوندی سببی (از طریق ازدواج) تا درجه پنجم نسبت خویشاوندی دارد. این شامل ناپدری/نامادری، خواهر/برادر ناتنی، و نیز همه خویشاوندانی می‌شود که در عنوان نسبت آنان واژه «بزرگ» به کار می‌رود (مانند پدربزرگ/مادربزرگ، پدر پدربزرگ/مادر مادربزرگ، عموی/عمه بزرگ، و نظایر آنها). همچنین شامل همسر هر یک از این افراد است، حتی اگر ازدواج به دلیل فوت یا طلاق پایان یافته باشد.
2. ممکن است قانون از شما بخواهد، در صورتی که خویشاوند نیستید یا سرپرست موقت دارای مجوز، گواهی، یا تأیید معتبر نیستید، تأییدیه Resource Family Approval را طبق ماده 1517 قانون Health and Safety Code یا ماده 16519.5 قانون Welfare and Institutions Code کسب کنید تا بتوانید از کودک زیر سن قانونی مراقبت نمایید. اگر سؤالی دارید، لطفاً با اداره خدمات اجتماعی محلی خود تماس بگیرید.
3. اگر کودک زیر سن قانونی دیگر در منزل شما زندگی نمی‌کند، این اظهارنامه دیگر اعتبار ندارد. شما موظفید هر مدرسه، ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، یا طرح خدمات درمانی که این اظهارنامه را به آنها داده‌اید مطلع کنید که کودک دیگر در منزل شما زندگی نمی‌کند و در نتیجه، اظهارنامه دیگر اعتبار ندارد.
4. اگر اطلاعات درخواست شده در بند 8 (گواهی نامه راندگی یا کارت شناسایی کالیفرنیا، یا کارت کنسولی صادره از دولت) را ندارید، شکل دیگری از شناسایی مانند شماره Social Security یا شماره Medi-Cal خود را ارائه دهید.

### خطاب به مسئولین مدارس:

1. ماده 48204 قانون آموزش (Education Code) مقرر می‌دارد که این اظهارنامه مبنای کافی برای تعیین محل اقامت کودک زیر سن قانونی است. برای این منظور نیازی به حکم سرپرستی قضایی یا حکم حضانت دیگری نیست، مگر اینکه ناحیه آموزشی بر اساس واقعیات موجود تشخیص دهد که کودک با مراقب زندگی نمی‌کند.
2. ناحیه آموزشی ممکن است مدارک معقول دیگری مبنی بر سکونت مراقب در نشانی ذکر شده در بند 4 را درخواست کند.
3. این فرم نیازی به مهر دادگاه یا امضای منشی دادگاه یا قاضی برای معتبر بودن ندارد. همچنین نیازی به گواهی امضا (محضری) ندارد.

### خطاب به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و طرح‌های خدمات درمانی:

1. وقتی این اظهارنامه توسط یک خویشاوند امضا شود، همان حقوقی را برای اجازه مراقبت پزشکی و دندان‌پزشکی برای کودک زیر سن قانونی نامبرده در بند 1 صفحه 1 به آن خویشاوند اعطا می‌کند که طبق ماده 2353 قانون امور حسبی (Probate Code) به یک سرپرست قضایی (قیم) داده می‌شود. مراقبت پزشکی مجاز توسط مراقب خویشاوند می‌تواند شامل درمان سلامت روان نیز بشود، منوط به رعایت محدودیت‌های مندرج در ماده 2356 قانون امور حسبی (Probate Code).
2. ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی که با حسن نیت و با اتکا به اظهارنامه اختیار مراقب تکمیل شده، اقدام به ارائه مراقبت پزشکی یا دندان‌پزشکی کند، مشروط بر اینکه از وجود واقعی اوضاع و احوال مغایر با مندرجات اظهارنامه آگاه نباشد، در صورت تکمیل بودن بخش‌های مربوط فرم، در قبال این اتکا مشمول مسئولیت کیفری یا مدنی (در برابر هیچ شخصی) و نیز مشمول اقدام انضباطی حرفه‌ای نخواهد بود. این فرم نیازی به مهر دادگاه یا امضای منشی دادگاه یا قاضی برای معتبر بودن ندارد. همچنین نیازی به گواهی امضا (محضری) ندارد.
3. این اظهارنامه برای اهداف پوشش مراقبت‌های بهداشتی، وابستگی ایجاد نمی‌کند.