

## 보호자 권한 위임 진술서

본 진술서는 캘리포니아 주 가족법 디비전 11, 파트 1.5(섹션 6550-6552)에 의해 사용이 승인되었습니다.

**작성 방법:** 미성년자 자녀를 학교에 등록하거나 학교와 관련된 의료 서비스의 승인을 위해서는 항목 1~4를 작성하고 본 진술서에 서명하는 것으로 충분합니다. 그 외 해당 자녀를 위한 다른 의료 서비스를 승인하고자 할 때는 친척이 항목 5~8을 추가로 작성해야 합니다. 명확하게 정자체로 작성해 주세요.

아래 이름이 기재된 미성년자 자녀는 본인의 집에 살고 있으며 본인은 만 18세 이상입니다.

1. 미성년자 자녀 이름: \_\_\_\_\_

2. 미성년자 자녀 생년월일: \_\_\_\_\_

3. 본인 이름(양식을 작성하는 성인): \_\_\_\_\_

4. 본인 집 주소: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.  본인은 항목 1에 이름이 기재된 미성년자 자녀의 친척입니다. (“친척”의 정의는 본 양식 뒷면 참조.)

6. 한 가지 또는 두 가지 모두에 표시하십시오(예를 들어, 부모 중 한 명에게는 알렸지만, 나머지 한 명은 연락할 수 없는 경우):

a.  본인은 항목 1에 이름이 기재된 미성년자 자녀의 부모(들)나 법적 양육권이 있는 다른 사람(들)에게 해당 자녀를 위한 의료 서비스를 승인할 본인의 의도를 알렸고 어떠한 이의 제기도 받지 않았습니다.

b.  본인은 현재로서는 해당 자녀를 위한 의료 서비스를 승인할 본인의 의도를 알리기 위해 항목 1에 이름이 기재된 미성년자 자녀의 부모(들)나 법적 양육권이 있는 다른 사람(들)에게 연락할 수 없습니다.

7. 본인의 생년월일: \_\_\_\_\_

8. 본인의 캘리포니아 주 운전면허증 또는 신분증 또는 정부 발행 영사관 신분증 번호:  
\_\_\_\_\_

**보호자에 대한 경고:** 위에 작성된 진술 내용에 진실하지 않은 사항이 한 가지라도 있다면, 양식에 서명하지 말아야 합니다. 그럴 경우, 벌금, 징역이나 두 가지 모든 처벌을 받을 수 있는 범죄를 저지르는 것입니다.

**지역 교육 기관 및 의료 서비스 제공자에 대한 알림:** 이 양식은 유효성을 위해 법원 인증이나 법원 서기 또는 판사의 서명을 요구하지 않습니다. 또한, 공증할 필요도 없습니다.

본인은 캘리포니아 주법에 따른 위증 시 처벌 원칙 아래 위의 정보가 진실하고 정확함을 선언합니다.

날짜: \_\_\_\_\_



서명

2쪽에 있는 알림과 추가 정보를 참조하십시오.

## 알림:

1. 본 진술서(또는 선언서라고도 함)는 1쪽 항목 1에 이름이 기재된 미성년자 자녀의 양육, 보호 및 자녀에 대한 통제력에 관한 부모나 법정후견인의 권리에 영향을 미치지 않습니다. 본 양식은 이 보호자에게 해당 자녀에 관한 법적 양육권을 부여하지 않습니다.
2. 본 진술서를 **신뢰하고 따르는 사람은 추가적인 확인이나** 조사를 수행할 의무가 없습니다.

## 추가 정보:

### 해당 보호자 대상:

1. 항목 5의 목적상 “친척”은 계부모, 의붓형제자매와 호칭에 “증조”, “고조” 또는 “조”가 붙는 모든 친척을 포함한 해당 자녀와 5촌 이내의 혈연, 입양, 또는 인척 관계에 있는 성인이나 사망이나 이혼으로 혼인 관계가 종료되었더라도 그러한 인물의 배우자를 의미합니다.
2. 법률에 따라, 본인이 친척이 아니거나 현재 면허가 있거나 인증 또는 승인된 위탁 부모가 아닌 경우, 미성년자 자녀를 보호할 수 있으려면, 보건안전법 섹션 1517이나 복지 및 기관법 섹션 16519.5에 따라 리소스 패밀리 승인(resource family approval)을 취득해야 할 수 있습니다.  
문의 사항이 있으시다면, 지역 사회복지국으로 연락해주시기 바랍니다.
3. 만약 해당 미성년자가 본인과 살기를 중단한다면, 본 진술서는 더 이상 유효하지 않습니다. 본인은 본 진술서를 제출한 학교, 의료 서비스 제공자, 또는 건강보험 플랜 제공자에게 해당 미성년자는 본인과 더는 함께 살지 않으며 그 결과, 본 진술서는 더 이상 유효하지 않다는 것을 통보해야 합니다.
4. 항목 8에서 요구하는 정보(캘리포니아 주 운전면허증이나 신분증, 정부 발행 영사관 신분증)를 소지하고 있지 않다면, 사회보장번호나 메디-캘(Medi-Cal) 번호와 같은 다른 형태의 신분증을 제공해야 합니다.

### 학교 담당자 대상:

1. 교육법 섹션 48204는 교육구가 실제 사실에 근거하여 해당 미성년자는 본 보호자와 함께 살고 있지 않다는 판단을 내리지 않는 한, 본 진술서는 후견인 자격이나 기타 양육권 명령을 요구하지 않고도 해당 미성년자의 주거지를 결정하는 충분한 근거가 된다고 규정하고 있습니다.
2. 교육구는 보호자가 항목 4에 제공된 주소에 살고 있다는 합리적인 증거를 추가로 요구할 수 있습니다.
3. 이 양식은 유효성을 위해 법원 인증이나 법원 서기 또는 판사의 서명을 요구하지 않습니다. 또한, 공증되어야 할 필요도 없습니다.

### 의료 서비스 제공자 및 건강보험 플랜 제공자 대상:

1. 본 진술서는 친척이 서명할 경우, 해당 친척에게 유언검인법 섹션 2353에 따라 보호자에게 주어지는 것과 마찬가지로 1쪽 항목 1에 이름이 기재된 미성년자 자녀를 위한 의료 서비스와 치과 치료를 승인할 수 있는 동일한 권리를 부여합니다. 친척 보호자에 의해 승인된 의료 서비스는 유언검인법 섹션 2356에 명시된 제한 사항을 준수한 정신 건강 치료를 포함할 수 있습니다.
2. 작성된 *보호자 권한 위임 진술서*에 기초하여 진술서에 기재된 사항과 반대되는 사실에 관한 실제적 지식 없이 신의성실 원칙에 따라 의료 서비스나 치과 치료를 제공한 헬스케어 서비스 제공자는 어떠한 인물에 대해서도 형사상 책임이나 민사상 책임에 구속되지 않으며 양식의 해당 부분이 작성되었을 경우 이에 의존한 사실에 대하여 전문가로서 징계 조치의 대상이 되지 않습니다.  
이 양식은 유효성을 위해 법원 인증이나 법원 서기 또는 판사의 서명을 요구하지 않습니다. 또한, **공증할 필요도 없습니다.**
3. 본 진술서는 건강보험 적용 목적상 부양관계 자격을 부여하지 않습니다.