



# Santa Ana Unified School District

## Pupil Support Services

### CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT DECLARACIÓN JURADA DEL ENCARGADO

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

El uso de esta Declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código Para la Familia de California.

Instructions: Completion of items 1-4 and the signing of the affidavit is sufficient to authorize enrollment of a minor in school and authorize school-related medical care. Completions of items 5-8 is additionally required to authorize any other medical care. Print clearly.

Instrucciones: El completar los artículos 1-4 y el firmar la presente declaración jurada, es suficiente para autorizar la inscripción de un menor en la escuela y para autorizar el cuidado médico relacionado con la escuela. El completar los artículos 5-8 es también requerido para autorizar cualquier otro cuidado médico. Escriba en forma legible.

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

El menor nombrado a continuación vive en mi casa y yo soy mayor de edad (18 años o más).

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Name of minor/*Nombre del menor* Minor's birthdate/*Fecha de nacimiento*

3. \_\_\_\_\_  
My Name is (Adult given authorization)/*Mi nombre es (Adulto autorizante)*

4. \_\_\_\_\_ Phone #/*Teléfono*: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
My home address/*Mi dirección*

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").  
*Yo soy un/a abuelo/a, tío/a u otro familiar competente del menor (Vea al dorso para saber la definición de "familiar competente").*

6. Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located):  
*Marque uno o ambos (por ejemplo, si a uno de los padres se le informó y al otro no se lo pudo ubicar):*

I have advised the parent(s) or other person(s) having legal custody of my intent to authorize medical care, and have received no objection.  
*Yo informé a los padres o a otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del menor, sobre mi intención de autorizar el cuidado médico y no hubo objeción.*

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.  
*No Puedo establecer contacto con los padres u otra(s) persona(s) que tenga(n) la custodia legal del menor en este momento, para notificarles de mi intención de dar autorización.*

7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_  
My birthdate/*Mi fecha de nacimiento* My CA driver's license or ID #/*Mi licencia de conducir o cédula de identificación*

**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.

**Advertencia:** No firme este formulario si alguna de las declaraciones en el mismo es incorrecta, de lo contrario, usted estaría cometiendo un crimen penado con multa, prisión o ambas cosas.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.  
Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

\_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Signature/*Firma*

## CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT

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

### **TO CAREGIVERS:**

1. "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.
2. The law may require you, if you are not a relative or currently licensed Foster parent, to obtain a foster home license in order to care for a minor. If you have any question, please contact our local department of social services.
3. 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.
4. If you do not have the information requested in item 8 (California driver's license or I.D.), provide another form of identification such as your social security number or Medi-Cal number.

### **TO SCHOOL OFFICIALS:**

1. Section 48204 of the Education Code provides that this affidavit constitutes a sufficient basis for a determination of residence 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.
2. 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:**

1. 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 the at reliance if the applicable portion of the form are completed.
2. This affidavit does not confer dependency for health care coverage purposes.

## DECLARACIÓN JURADA DEL ENCARGADO

1. *Esta declaración no afecta los derechos de los padres o tutores del menor con respecto al cuidado, custodia y control del menor y no significa que el encargado tenga custodia legal del menor.*
2. *Una persona que confíe en esta declaración jurada, no tiene la obligación de hacer más averiguaciones ni investigaciones.*

### **A LOS ENCARGADOS:**

1. *"Familiar competente," con relación al artículo 5, significa un esposo, esposa, padre, madre, padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, medio hermana, tío, tía, sobrino, sobrina, primo-hermano, prima-hermana, abuelo, abuela, o cualquier persona denotada por el prefijo, "bis" o el esposo o la esposa de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, inclusive después que el matrimonio haya terminado por muerte o por disolución.*
2. *La ley puede requerirle, si usted no es un pariente o simultáneamente un padre adoptivo licenciado, que obtenga una licencia de hogar adoptivo para poder cuidar al menor. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales de su área.*
3. *Si el menor deja de vivir con usted, usted está obligado a notificar a cualquier escuela, proveedor de cuidado médico o plan de cuidado médico a los cuales haya entregado esta declaración jurada. Esta declaración jurada dejará de tener validez una vez que la escuela, proveedor de cuidado médico o plan de cuidado médico reciban la notificación de que el menor ya no vive con ustedes.*
4. *Si usted no tiene la información requerida en el artículo 8 (Licencia de Conducir de California o Cédula de Identificación), provea otro tipo de identificación como su número de seguro social o su número de Medi-Cal.*

### **A LOS FUNCIONARIOS DE LAS ESCUELAS:**

1. *La Sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye prueba suficiente para la determinación de la residencia del menor, sin requerir una orden de tutela u otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine con hechos reales que el menor ya no vive con el cuidador.*
2. *El distrito escolar podría requerir más evidencias razonables de que el cuidador vive en el domicilio provisto en la sección 4 de la página anterior.*

### **A LOS PROVEEDORES DE CUIDADO MÉDICO Y A LOS PLANES DE SERVICIO DEL CUIDADO DE SALUD:**

1. *Una persona que actuando de buena fe deposite su confianza en la declaración jurada de un encargado de proveer cuidado médico o dental, que no tengan conocimientos de hechos contrarios a los nombrados en la declaración jurada, no se hará pasible a responsabilidad criminal ni económica para con otra persona y no será sometido a acciones disciplinarias profesionales por haber confiado en la declaración jurada, si las porciones en cuestión del formulario han sido completadas.*
2. *Esta declaración jurada no otorga dependencia para propósitos de cobertura de cuidado de salud.*