

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 1–8 and the signing of the affidavit is sufficient to authorize non-school related medical care of a minor.

Pursuant to Family code Section 6550, I have the authority to authorize medical care for the minor listed below.

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

1. Name of minor: _____

2. Minor's birthdate: _____

3. My name: [adult giving authorization] _____

4. My home address: _____

5. I am a qualified relative and my relationship to the minor is: _____ (see back of this form for 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 license or identification 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: _____

Signature: _____

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.

This affidavit is valid for only one year after the date on which it is executed.

MRUN

NAME

DOB/GENDER



T-HS0103141AE

IMPORTANT INFORMATION

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, registered domestic partner, or any person denoted by the prefix “grand” or “great,” or the spouse or registered domestic partner 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 questions, please contact your 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.*
4. 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 HEALTH CARE PROVIDERS AND HEALTH CARE SERVICE PLANS:

1. No 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 subject to criminal liability or to civil liability to any person, or is subject to professional disciplinary action, for such reliance if the applicable portions of the form are completed.
2. This affidavit does not mean that the minor is automatically a dependent for health care coverage purposes.

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: El llenar los puntos 1 a 8 y firmar la declaración jurada es suficiente para autorizar la atención médica no relacionada con la escuela de un menor de edad. Sírvase escribir claramente en letras de molde.

Según el código familiar, seccion 6550 , tengo el poder de autorizar el cuidado médico del menor de edad nombrado abajo. 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 un pariente capaz y mi parentesco al menor de edad nombrado es: _____ (Vea al revés de este papel para el significado de "pariente capaz").
- 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) o 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) o 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: _____

Firma: _____

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.

Esta declaración es válida por sólo un año a partir de la fecha en que se haya firmado.

MRUN

NAME

DOB/GENDER



T-HS0103141AS

INFORMACION IMPORTANTE

A LOS QUE CUIDAN A MENORES DE EDAD:

1. Para los objetivos del punto 5, “pariente capaz” significa un cónyuge, padre, padrastro, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo hermano, compañero doméstico registrado, abuelo, abuela, bisabuelo, bisabuela o el cónyuge o compañero doméstico registrado de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio haya finalizado a causa de fallecimiento o disolución.
2. A fin de que usted pueda cuidar a un menor de edad, la ley puede requerir, si no es un pariente o un padre de crianza con licencia vigente, que obtenga una licencia de hogar de crianza. Si tiene alguna duda, sírvase ponerse en contacto con su departamento de servicios sociales local.
3. *Si el menor de edad deja de vivir con usted, debe notificárselo a la escuela, proveedor de servicios de salud o plan de servicios de atención de la salud a los cuales haya entregado esta declaración jurada.*
4. 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 PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y A LOS PLANES DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD:

1. Ninguna persona que, actuando de buena fe, se base en la Declaración Jurada de Autorización de una Persona que Cuida a un Menor de Edad para prestar atención médico o dental, sin conocimiento de hechos contrarios a los que figuran en esta declaración jurada, será objeto de responsabilidad penal o de responsabilidad civil hacia ninguna persona, ni estará sujeta a acción disciplinaria profesional por haberse basado en esta declaración jurada si se han llenado las partes aplicables del formulario.
2. 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.