

보호자 권한 진술서
(CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT)

이 진술서의 사용은 캘리포니아 가족법 제11편 제1.5부(제6550조부터 시작)에 의해 승인되었습니다.

지침: 항목 1-4를 작성하고 이 진술서에 서명하는 것만으로도 미성년자의 학교 등록과 학교 관련 의료 서비스를 승인하는 데 충분합니다. 기타 의료 서비스까지 승인하려면 항목 5~8까지 추가로 작성하십시오. 명확하게 기입하시기 바랍니다.

아래에 명시된 미성년자는 본인의 집에 거주하고 있으며, 본인은 18세 이상입니다.

1. 미성년자 성명: _____

2. 미성년자 생년월일: _____

3. 본인의 성명(권한을 부여하는 성인): _____

4. 본인의 집 주소: _____

5. 본인은 해당 미성년자의 친척입니다(뒷면의 "친척" 정의 참조).

6. 아래 중 하나 또는 둘 다 체크하십시오(예: 부모 중 한 명에게는 통지했으나 다른 한 명은 소재 파악이 안 되는 경우).

본인은 미성년자의 부모 또는 기타 법적 양육권을 가진 사람에게 의료 서비스를 승인하겠다는 의사를 알렸으며, 이에 대한 이의가 제기되지 않았습니다.

본인은 현재 미성년자의 부모 또는 기타 법적 양육권을 가진 사람에게 연락할 수 없어 승인 의사를 통지하지 못했습니다.

7. 본인의 생년월일: _____

8. 본인의 캘리포니아 운전면허증 번호, 신분증 번호 또는 정부 발급 영사증 번호:

보호자 주의사항: 위 진술 중 어느 하나라도 틀린 사실이 있다면 이 양식에 서명하지 마십시오.
이를 위반할 경우 벌금이나 징역, 또는 두 가지 모두로 처벌받을 수 있습니다.

지역 교육 기관 및 의료 서비스 제공자 주의사항: 법원의 직인이나 서명은 필요하지 않습니다. 이 양식은 공증을 받을 필요가 없습니다.

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실임을 선언합니다.

서명 _____

날짜: _____

고지사항:

1. 본 선언서는 미성년자의 부모 또는 법적 보호자의 미성년자에 대한 돌봄, 양육권 및 통제권에 영향을 미치지 않으며, 보호자가 해당 미성년자에 대한 법적 양육권을 가지고 있음을 의미하지 않습니다.
2. 본 진술서를 신뢰하는 사람은 추가적인 조사나 확인을 할 의무가 없습니다.

보호자에게:

1. **항목 5**의 목적상 "친척"이란 혈연, 입양 또는 5촌 이내의 인척 관계에 있는 성인을 의미합니다. 여기에는 의붓부모, 의붓형제 및 자매, "증조", "고조"가 붙는 모든 친척들과 그들의 배우자(사망이나 이혼으로 혼인관계가 종결된 경우 포함)가 포함됩니다.
2. 귀하가 친척이 아니거나 현재 허가, 인증 또는 승인된 위탁 부모가 아닌 경우, 법률에 따라 미성년자를 돌보기 위해 보건안전법 제1517조 또는 복지기관법 제16519.5조에 따른 자원 가족 승인을 받아야 할 수 있습니다. 질문이 있으시면 지역 사회복지부에 문의하시기 바랍니다.
3. 미성년자가 귀하와 함께 거주하지 않게 된 경우, 이 진술서는 무효가 됩니다. 귀하는 이 진술서를 제공한 모든 학교, 의료 제공자 또는 의료 서비스 계획에 해당 미성년자가 더 이상 귀하와 함께 거주하지 않으며, 본 진술서는 유효하지 않다는 사실을 통지해야 합니다.
4. **항목 8**에서 요구하는 정보(캘리포니아 운전면허증, 신분증 또는 정부 발급 영사증)가 없는 경우, 사회보장번호(SSN)나 메디칼(Medi-Cal) 번호와 같은 다른 형태의 신분 증명을 제공하십시오(*담당 직원은 이 정보를 확인할 수 있으나, 기밀유지법에 따라 복사해서는 안 됨*).

학교 관계자에게:

1. 교육법 제48204조에 의거하여, 이 진술서는 교육구가 실제 사실 확인을 통해 해당 미성년자가 보호자와 함께 살고 있지 않다고 판단하지 않는 한, 후견인 지정이나 기타 양육 명령 없이도 미성년자의 거주지를 결정하는 충분한 근거가 됩니다.
2. 교육구는 보호자가 **항목 4**에 제공된 주소에 거주한다는 합리적 증거를 추가적으로 요구할 수 있습니다.
3. 법원의 직인이나 서명은 필요하지 않습니다. 이 양식은 공증을 받을 필요가 없습니다.
4. **항목 8**에 대하여 사회보장 카드, 메디칼(Medi-Cal) 카드 또는 여권이 제공된 경우, 교직원들은 이를 확인할 수는 있으나 기밀유지법에 따라 복사해서는 안 됩니다.

의료 제공자 및 의료 서비스 계획에게:

1. 친척이 서명한 경우, 본 진술서는 상속법 제2353조에 따라 후견인에게 부여되는 것과 동일한 미성년자의 의료 및 치과 서비스 승인 권한을 부여합니다. 친척 보호자가 승인하는 의료 서비스에는 상속법 제2356조의 제한 사항을 따르는 조건 하에 정신 건강 치료가 포함될 수 있습니다.
2. 진술서에 명시된 사실과 반대되는 실제 사실을 알지 못한 채 보호자의 승인 진술서를 신뢰하여 선의로 의료 또는 치과 서비스를 제공한 사람은, 양식에서 해당 부분이 작성된 경우 그러한 신뢰 행위에 대해 형사 책임이나 개인에 대한 민사 책임을 지지 않으며, 전문직 징계 조치의 대상이 되지 않습니다. 법원의 직인이나 서명은 필요하지 않습니다. 이 양식은 공증을 받을 필요가 없습니다.
3. 본 진술서는 의료 보험 혜택 목적상의 피부양자 지위를 부여하지 않습니다.