

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

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

1. Name of minor: _____
2. Minor's birth date: _____
3. My name (adult giving authorization): _____
4. My home address: _____
5. ☐ I am a relative of the child (see back of this form for a definition of "relative")
6. Check one or both boxes (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's license or identification card number or government issued consular card number: _____

Warning to Caregiver: 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.

Warning to Local Educational Agencies and Health Care Service Providers: A seal or signature from a court is not required. This form is not required to be notarized.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Signature _____

Date: _____

NOTICES:

1. 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.
2. A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation.

TO CAREGIVERS:

1. "Relative," for purposes of **item 5**, means an adult who is related to the child by blood, adoption, or affinity within the fifth degree of kinship, including stepparents, stepsibling, all relatives whose status is preceded by the words "great", great-great," or "grand," or the spouse of any of the persons even if the marriage has been terminated by death or dissolution.
2. The law may require you, if you are not a relative, or a currently licensed, certified, or approved foster parent, to obtain resource family approval pursuant to Section 1517 of the Health and Safety Code or Section 16519.5 of the Welfare and Institution Code 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, the affidavit is no longer valid. You are required to notify any school, health care provider, or health care service plan to which you have given this affidavit, that the minor no longer living with you and that the affidavit is no longer valid.
4. If you do not have the information requested in **item 8** (California driver's license or identification card, or government-issued consular card), provide another form of identification such as your social security number or Medi-Cal number (*Note this information can be verified by staff but should not be copied due to confidentiality laws*).

TO SCHOOL OFFICIALS:

1. Section 48204 of the Education Code provides that this affidavit constitutes a sufficient basis for a determination of residency 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**.
3. A seal or signature of the court is not required. This form is not required to be notarized.
4. *If a Social Security card, Medi-Cal card, or passport is provided for item 8, note this information can be verified by school staff but should not be copied due to confidentiality laws.*

TO HEALTH CARE PROVIDERS AND HEALTH CARE SERVICE PLANS:

1. When signed by a relative, this affidavit shall confer the same rights to authorize medical care and dental care for the minor that are given to guardians under Section 2353 of the Probate Code. The medical care authorized by a relative caregiver may include mental health treatment subject to the limitations of Section 2356 of the Probate Code.
2. A health care service provider 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, or is not subject to profession disciplinary action, for that reliance if the applicable portions of the form are completed. A seal or signature of the court is not required. This form is not required to be notarized.
3. This affidavit does not confer dependency for health care coverage purposes.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

El uso de esta declaración está autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código Familiar de California.

Instrucciones: Completar los puntos 1-4 y firmar la declaración jurada es suficiente para autorizar la matriculación de un menor en la escuela y la atención médica relacionada con la escuela. Completar los puntos 5-8 se requiere para autorizar cualquier otra atención médica. Escriba claramente.

El menor nombrado a continuación vive en mi casa y tengo 18 años de edad o más.

1. Nombre del menor: _____
2. Fecha de nacimiento del menor: _____
3. Mi nombre (adulto que otorga la autorización): _____
4. Mi domicilio: _____
5. ☐ Soy pariente calificado del menor (consulte el reverso de este formulario para obtener la definición de "pariente calificado").
6. Marque uno o ambas de las siguientes declaraciones (por ej., si se informo a uno de los padres y no se puede localizar al otro padre):
 - ☐ He avisado a los padres u otras personas que tengan custodia legal del menor de mi intención de autorizar la atención médica, y no he recibido ninguna objeción.
 - ☐ No puedo contactarme con los padres u otras personas que tengan la custodia legal del menor en este momento para notificarles de mi intención de autorización.
7. Mi fecha de nacimiento: _____
8. Mi número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California o tarjeta consular emitida por el gobierno: _____

Advertencia para el cuidador: No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores es incorrecta o estará cometiendo un delito punible con una multa, encarcelamiento o ambos.

Warning to Local Educational Agencies and Health Care Service Providers: A seal or signature from a court is not required. This form is not required to be notarized.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma: _____

Fecha: _____

AVISOS:

1. Esta declaración no afecta los derechos de los padres o el tutor legal del menor con respecto al cuidado, custodia y control del menor, y no significa que el cuidador tiene la custodia legal del menor
2. La persona que se basa en esta declaración jurada no tiene obligación de realizar ninguna otra investigación o averiguación

PARA CUIDADORES:

1. "Pariente", para el propósito del **punto 5**, significa un adulto que está relacionado con el menor por sangre, adopción o afinidad dentro del quinto grado de parentesco, incluyendo padrastros, hermanastros, todos los parientes cuyo estado está precedido por las palabras "bisa", "tatara" o "abuelo/a", o el cónyuge de cualquiera de las personas, incluso si el matrimonio ha sido terminado por muerte o disolución.
2. La ley requiere que usted, si no es pariente o un padre de crianza con licencia actual, que obtenga una licencia de hogar de crianza para cuidar a un menor de conformidad con la Sección 1517 del Código de Salud y Seguridad o la Sección 16519.5 del código de Bienestar e Instituciones, para cuidar a un menor. Si tiene pregunta, comuníquese con su departamento local de servicios sociales.
3. Si el menor deja de vivir con usted, debe notificar a cualquier escuela, proveedor de atención de salud o cualquier plan de atención de salud al cual haya entregado esta declaración jurada, que el menor ya no vive con usted y que la declaración jurada ya no es válida.
4. Si no tiene la información requerida en el **punto 8**, (Licencia de conducir o tarjeta de identidad de California), necesita proveer otra forma de identificación tal como su número de seguro social o número de Medi-Cal. (Tenga en cuenta que esta información puede ser notificada por el personal, pero no debe copiarse ni documentarse debido a las leyes de confidencialidad).

PARA OFICIALES DE LA ESCUELA:

1. Sección 48204 del Código de Educación provee que este affidavit constituye suficiente base para determinación de residencia del menor, sin el requisito de tutela o otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine basado en datos que el menor no vive con el cuidador.
2. El distrito escolar podrá exigir evidencia razonable adicional de que el cuidador vive en el domicilio proporcionada en el **punto 4**.
3. No se requiere sello ni firma del tribunal. Este formulario no requiere certificación notarial.
4. *Si se presenta una tarjeta de Seguro Social, una tarjeta de Medi-Cal o un pasaporte para el punto 8, tenga en cuenta que esta información puede ser verificada por el personal escolar, pero no debe copiarse debido a las leyes de confidencialidad.*

PARA PROVEEDORES DE SALUD Y PLANES DE SERVICIO DE SALUD:

1. Al ser firmada por un familiar, esta declaración jurada conferirá los mismos derechos para autorizar la atención médica y dental del menor que los que se otorgan a los tutores según el Artículo 2353 del Código de Sucesiones. La atención médica autorizada por un familiar cuidador puede incluir tratamiento de salud mental, sujeto a las limitaciones del Artículo 2356 del Código de Sucesiones.
2. Un proveedor de servicios de atención médica que actúe de buena fe basándose en la declaración jurada de autorización de un cuidador para brindar atención médica o dental, sin conocimiento real de hechos contrarios a los declarados en la declaración jurada, no estará sujeto a responsabilidad penal ni civil ante ninguna persona, ni a medidas disciplinarias profesionales, para dicha confianza, si se completan las secciones aplicables del formulario. No se requiere sello ni firma del tribunal. Este formulario no requiere certificación notarial.
3. Esta declaración jurada no confiere dependencia para fines de cobertura médica.