



Care Giver's Affidavit Family Preparedness Packet

English / Español

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 items 5 through 8 is additionally required to authorize any other medical care. Only complete items 5 through 8 if you are related to the child. Type print clearly.

The minor named below lives in my (the caregiver's) 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 the minor's grandparent, aunt, uncle, spouse, stepparent, brother, sister, stepbrother, stepsister, half-brother, half-sister, niece, nephew, first cousin, grandaunt, granduncle, great-grandparent, great-grandaunt, great-granduncle, or the spouse of one of these persons.

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: _____

continued...

8. My California driver's 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 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.

Dated: _____ Signed: _____

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.

ADDITIONAL 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, 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.
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 INSTITUTIONS CODE IN ORDER TO CARE
- 2.

FOR A MINOR. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR LOCAL DEPARTMENT OF SOCIALSERVICES

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.
IF YOU DO NOT HAVE THE INFORMATION REQUESTED IN ITEM 8 (CA DRIVER'S LICENSE OR I.D.), PROVIDE
4. 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 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.

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 THAT RELIANCE IF THE APPLICABLE PORTIONS OF THE FORM ARE COMPLETED.
2. THIS AFFIDAVIT DOES NOT CONFER DEPENDENCY FOR HEALTH CARE COVERAGE PURPOSES.

Documentation Requested for Approval of Caregiver Authorization

1. Declaración Jurada del Cuidador debidamente cumplimentada.
2. Copia del acta de nacimiento del menor.
3. Copia de la licencia de conducir de California, la tarjeta de identificación de California o la tarjeta consular emitida por el gobierno del cuidador propuesto.
4. Comprobante de domicilio del cuidador propuesto: contrato de servicios públicos, factura o recibo de pago recibido o con matasellos de los últimos 45 días.

IMPORTANT CHILDREN'S INFORMATION

Keep this information so those you designate to care for your children in your absence have all of the information they need. Complete, save, and print a copy per child in your household.

Child's Name:	
Date of Birth:	
Child's Cell Phone Number (if applicable):	
School Name:	
School Address:	
School Phone Number:	
Teacher's Name:	
Teacher's Phone Number and/or Email (if applicable):	
Classroom Number:	
Afterschool Program (if applicable):	
Afterschool Program Phone Number (if applicable):	
Other Camp/Sports/Program:	
Other Camp/Sports/Program Phone Number (if applicable):	
Allergies:	
Medical Conditions:	
Medications:	
Doctor's Phone Number:	
Doctor's Address:	
Health Insurance Info:	

THIS FILLABLE DOCUMENT CAN BE COMPLETED DIGITALLY VIA PDF VIEWER/EDITOR OR PRINTED AND COMPLETED WITH BLUE/BLACK INK.



continued...

EMERGENCY NUMBERS AND IMPORTANT CONTACT INFORMATION

Keep this information in one place so that you and your family can access it easily.

EMERGENCY NUMBERS	
Immediate Emergency	911
Police Department	
Fire Department	
Poison Control	
FAMILY CONTACTS	
Mother/Parent/Guardian	
Home Phone	
Cell/Mobile Phone	
Work Address	
Work Phone	
Father/Parent/Guardian	
Home Phone	
Cell/Mobile Phone	
Work Address	
Work Phone	
Other Emergency Contact and Relationship	
Cell/Mobile Phone	
Other Emergency Contact and Relationship	
Cell/Mobile Phone	
Other Emergency Contact and Relationship	
Cell/Mobile Phone	

MISCELLANEOUS CONTACTS	
Doctor	
Phone Number	
Health Insurance Company	
Policy Number	
Pediatrician	
Phone Number	
Health Insurance Company	
Policy Number	
Dentist	
Phone Number	
Dental Insurance Company	
Policy Number	
Consulate	
Address	
Phone Number	
Attorney/Nonprofit Legal Services Provider	
Address	
Phone Number	
Church/Temple/Mosque/Place of Worship	
Address	
Phone Number	

FILE OF IMPORTANT DOCUMENTS

ARCHIVO DE DOCUMENTOS IMPORTANTES

Keep a file of these documents or a copy of these documents in a safe place. Tell your children, family members, and emergency caregivers where to find this file in an emergency.

PASSPORTS / PASAPORTES

SOCIAL SECURITY CARD OR ITIN NUMBER

BIRTH CERTIFICATES / ACTAS DE NACIMIENTO

REGISTRY OF BIRTH (FOR U.S. BORN CHILDREN REGISTERED IN PARENT'S HOME COUNTRY) (IF APPLICABLE)

MARRIAGE LICENSE / LICENCIA DE MATRIMONIO

CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT / DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

IMPORTANT CHILDREN'S INFORMATION / INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA NIÑOS

ANY RESTRAINING ORDERS YOU MAY HAVE AGAINST ANYONE / CUALQUIER ÓRDEN DE RESTRICCIÓN QUE PUEDA TENER CONTRA CUALQUIER PERSONA

EMERGENCY NUMBERS AND IMPORTANT CONTACT INFORMATION / NÚMEROS DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

A-NUMBER AND ANY IMMIGRATION DOCUMENTS (WORK PERMIT, GREEN CARD, VISA, ETC.)

CHILDREN(S)' MEDICAL INFORMATION, INCLUDING HEALTH INSURANCE, MEDICATION LIST, AND DOCTOR'S CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN MÉDICA DEL/DE LOS NIÑOS, INCLUYENDO SEGURO MÉDICO, LISTA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MÉDICO

DOCUMENTS DEMONSTRATING YOUR RESIDENCE IN THE UNITED STATES / DOCUMENTOS QUE ACREDITEN SU RESIDENCIA EN ESTADOS UNIDOS

ANY OTHER DOCUMENTS YOU WOULD WANT TO BE ABLE TO FIND QUICKLY / CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE DESEE PODER ENCONTRAR RÁPIDAMENTE

DRIVER'S LICENSE AND/OR OTHER IDENTIFICATION CARDS / LICENCIA DE CONDUCIR Y/U OTRAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

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

Instrucciones: La cumplimentación de los puntos 1 a 4 y la firma de la declaración jurada son suficientes para autorizar la inscripción de un menor en la escuela y autorizar la atención médica relacionada con la escuela. Por favor, escriba claramente.

El menor cuyo nombre se menciona a continuación reside en mi casa y yo tengo por lo menos 18 años.

1. Nombre del menor: _____ Grado: _____

2. Fecha de nacimiento del menor: _____ Escuela: _____

3. Nombre (adulto requiriendo la autorización): _____

4. Domicilio: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

La cumplimentación de los puntos del 5 al 8 adicionalmente es requerida para autorizar cualquier otra (no relacionada con la escuela) atención médica. Por favor, escriba claramente.

5. Soy un pariente del menor (vea el reverso de este formulario para una definición de "pariente").

6. Marque una o ambas cajas (por ejemplo, si uno de los padres fue informado y el otro no puede ser localizado):

He avisado al padre(s) u otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del menor de mi intención de autorizar el cuidado médico y no he recibido objeción.

No puedo comunicarme con el padre(s) u otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del menor en este momento, para notificarles mi autorización prevista.

7. Fecha de nacimiento del cuidador: _____

8. Número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California del cuidador o número de tarjeta consular emitida por el gobierno: _____

Advertencia para el Cuidador: No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores está incorrecta, o usted estará cometiendo un delito castigable con una multa, encarcelamiento o ambos.

Advertencia para Proveedores de Servicios de la Salud Local: Un sello o firma de la corte no es requerido. No se requiere que este formulario sea notariado.

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

Firma del Cuidador: _____

Fecha: _____

Notificaciones

1. Esta declaración no afecta los derechos de los padres o del tutor legal del menor en relación con el cuidado, la custodia y el control del menor y no significa que el cuidador tenga la custodia legal del menor.
2. La persona que confíe en esta declaración jurada no tiene obligación de ninguna otra consulta adicional ni de ninguna investigación.

Información Adicional para los Cuidadores:

1. "Pariente calificado", para el propósito del punto 5, significa un cónyuge, padre, padrastro, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, mitad hermano, mitad hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo hermano o cualquier persona denotada por el prefijo "gran", o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio haya terminado por muerte o disolución.
2. La ley puede exigirle, si usted no es un pariente o padre de acogida con licencia, certificado o aprobado actualmente, que obtenga la aprobación de familia de recursos 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 alguna pregunta, por favor comuníquese con el departamento de servicios sociales local.
3. Si el menor deja de vivir con usted, deberá notificar a la escuela, al proveedor de atención médica o al plan de servicios de atención médica al que usted haya entregado esta declaración jurada. La declaración jurada no es válida después de que la escuela, el proveedor de atención médica o el plan de servicios de atención médica reciba una notificación de que el menor ya no vive con usted.
4. Si no tiene la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir o identificación de California), proporcione otra forma de identificación, como su número de seguro social o número de Medi-Cal.

Información Adicional para los Oficiales de la Escuela:

1. La Sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye una base suficiente para determinar la residencia del menor, sin el requisito de una orden de tutela u otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine a partir de hechos reales que el menor no vive con el cuidador.
2. El distrito escolar puede requerir evidencia razonable adicional de que el cuidador vive en la dirección provista en el punto 4.
3. Un sello o firma de la corte no es requerido. Este formulario no requiere ser notariado.

Información Adicional para los Proveedores de Atención Médica y Planes de Servicio de Atención Médica

1. Cuando la firma un familiar, esta declaración jurada confiere los mismos derechos para autorizar la atención médica y dental del menor que los otorgados a los tutores conforme al artículo 2353 del Código de Sucesiones.
2. Un proveedor de servicios de salud que actúa de buena fe, confiando en la declaración jurada de autorización de un cuidador para brindar atención médica o dental, sin tener conocimiento de hechos contrarios a los que constan en la declaración, no incurre en responsabilidad penal ni civil ante ninguna persona, ni este sujeto a medidas disciplinarias profesionales, por dicha confianza, siempre que se completen las secciones correspondientes del formulario. No se requiere sello ni firma judicial. Este formulario no requiere certificación notarial.
3. Esta declaración jurada no confiere dependencia para efectos de cobertura de atención médica.