



COMPTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Pupil Services Department

2300 W. Caldwell Street, Room D-2

Compton, CA 90220

Telephone: (310) 639-4321, Ext. 63069, 63026 or 63043

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 – 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 (street, apartment number, city, state, zip code):

5. I am a grandparent, aunt, uncle, or other qualified relative of the minor
(see page 2 of this form for a 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's 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 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.

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.
3. This affidavit is not valid for more than one year after the date on which it is executed.

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.
2. The law may require you, if you are not a relative or a 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'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 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. 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 confer dependency for health care coverage purposes.



COMPTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Pupil Services Department
 2300 W. Caldwell Street, Room D-2
 Compton, CA 90220
 Telephone: (310) 639-4321, Ext. 63069, 63026 or 63043

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 de la Código de Familia de California.

Instrucciones: Completar los puntos 1 - 4 y firmar la declaración jurada es suficiente para autorizar matriculación de un menor en la escuela y autorizar la atención medica relacionada con la escuela. Para autorizar cualquier otra atención médica, los puntos 5 - 8 también deben ser completados.

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 proveendo autorización): _____
4. Mi dirección:

5. Yo soy un abuelo, tía, tío, u otro pariente calificado del menor de edad (véase el reverso de este formulario para una definición de “pariente calificado”).
6. Marque uno o ambos (por ejemplo, si uno de los padres fue aconsejado y el otro no puede ser localizado):
 - He avisado a los padres u otra(s) persona(s) que tienen la custodia legal del menor sobre mi intención de autorizar la atención médica, y no he recibido ninguna objeción.
 - No puedo ponerme en contacto con los padres u otra(s) persona(s) que tienen la custodia legal del menor en este momento, para notificarles de mi autorización prevista.
7. Mi fecha de nacimiento: _____
8. El número de mi licencia de conducir o tarjeta de identidad de California: _____

Precaución: No firme esta forma si alguna de las respuestas anteriores esta incorrecta, de hacerlo usted estará cometiendo un crimen que pudiera ser castigado con multas, prisión, o los dos.

Yo declare bajo la penalidad de cometer perjurio y bajo las leyes del estado de California que la información proveída es verdadera y correcta.

Fecha: _____ Firma: _____

Aviso:

4. Esta declaración no afecta los derechos de los padres del menor o los derechos del guardián legal del menor en cuestión al cuidado, custodia, y control del menor, y no significa que el cuidador tiene custodia legal del menor.
5. Una persona que depende de esta acta no tiene obligación de hacer futura indagación o investigación.
6. Esta acta es valida por un año a partir de cuando fue sometido.

Información Adicional:

Para Cuidadores:

5. En cuestión al punto 5, un “Pariente aprobado” puede ser un cónyuge, un padre o madre, un padrastro o madrastra, un hermano o hermana, un hermanastro o hermanastra, un medio hermano o media hermana, un tío o tía, un sobrino o sobrina, un primo o prima, o la pareja de cualquiera de las personas previamente mencionadas, incluso después de que el matrimonio entre ellos haya terminado como consecuencia del fallecimiento de alguno de ellos o por disolución.
6. Si usted no es un pariente del menor o actualmente no tiene la licencia de padre adoptivo, la ley le puede requerir que obtenga una licencia de hogar en adopción para poder cuidar al menor. Si usted tiene preguntas, por favor contacte al departamento local de servicios sociales.
7. Si el menor deja de vivir con usted, usted tiene la obligación de notificar la escuela(s), el proveedor de cuidado médico o el plan de servicios de salud en el cual usted sometió esta acta.
8. Si usted no tiene la información requerida en el punto 8 (Licencia de conducir de California o número de identificación), por favor provee otra forma de identificación como su número de seguro social o su número de Medi-Cal.

Para Oficiales de la Escuela:

3. La Sección 48204 del Código de Educación menciona que esta acta constituye una base suficiente para determinar la residencia del menor, sin el requerimiento de alguna orden de tutela o custodia, a menos de que el distrito escolar determine, basado en hechos, que el menor no está viviendo con el cuidador.
4. El distrito escolar puede requerir evidencia adicional que sea razonable para verificar que el cuidador vive en el domicilio mencionado en el punto 4.

Para Proveedores del Cuidado de Salud y Para los Planes de Servicio de Salud:

3. Ninguna persona que actúa de buena fe en proveer cuidado médico o dental basado en lo que esta forma autoriza y sin el completo conocimiento de los hechos contrarios a los establecidos en esta acta, es sujeta a cargos criminales o demandas civiles por parte de otra persona. La persona tampoco será sujeta a medidas disciplinarias en su profesión si las porciones aplicables en esta forma están completas.
4. Esta acta no significa que el menor este automáticamente cubierto por los servicios de salud.