



친족 보호자 진술서

의회 법안 (HB) 331 조 - 보호자 교육에 관한 동의 법

설명: 정자체로 기입하세요.

본인이 18 세 이상이며 아래에 언급된 아동이 본인의 집에 거주하고 있음을 증명합니다.

(I hereby certify that the child named below lives in my home and I am 18 years of age or older.)

1. 아동의 성명: _____

(Name of child)

2. 아동의 생년월일: _____

(Child's date of birth)

3. 본인 성명 (권한이 부여된 친족 보호자) _____

My full name (kinship caregiver giving authorization)

4. 본인 집 주소: _____

(My home address)

5. 본인은 친족 보호자입니다.

(I am a kinship caregiver)

6. 본인은 다음과 같은 상황으로 인해 친족 보호자 역할을 하게 되었습니다.

(I have assumed kinship caregiver status because of one or more of the following circumstances)

(하나 이상의 항목에 표시하십시오.)

부모가 자녀(들)를 돌볼 권리를 상실했거나 넘기는 경우.

(A parent has lost or is relinquishing their right to care for the child/children.)

부모 중 한 명의 사망으로 인해 남은 부모가 아동을 양육할 수 없음.

(A parent being unable to provide care due to the death of the other parent.)

부모가 심각한 질병이나 불치병을 앓고 있음.

(A serious illness or terminal illness of a parent.)

부모나 아동의 신체적 또는 정신적 상태 또는 환경으로 인해 부모가 아동을 적절히 돌보고 감독할 수 없음.

(The physical or mental condition or environment of the parent or the child such that proper care and supervision of the child cannot be provided by the parent.)

부모가 수감됨.

(The incarceration of a parent.)

자연재해로 인해 아동의 집이 손실되었거나 파손되어 거주할 수 없음.

(The loss or uninhabitability of the child's home as the result of a natural disaster.)

부모가 24 개월 이상 현역으로 복무하게 됨. 또는

(A period of active military duty of a parent exceeding 24 months)

현재 본인은 부모의 행방을 찾을 수 없어 본인의 위임 의사를 부모에게 알릴 수 없습니다.

(I am unable to locate a parent or parents at this time to notify them of my intended authorization because)

(이유 목록):

7. 부모 또는 법정 후견인의 성명: _____

(Name of parent(s) or legal custodian(s))

8. 부모 또는 법정 후견인의 주소: _____

(Address of parent(s) or legal custodian(s))

9. 부모 또는 법정 후견인의 전화번호와 이메일 주소: _____

(Phone numbers and email addresses of parent(s) or legal custodian(s))



친족 보호자 진술서

의회 법안 (HB) 331 조 - 보호자 교육에 관한 동의 법

10. 친족 보호자의 생년월일: _____
(Kinship caregiver's date of birth)

11. 친족 보호자의 조지아 주 운전면허증 번호 또는 신분증 번호: _____
(Kinship caregiver's State of Georgia driver's license number or identification card number)

주의: 위의 진술 중 부정확한 정보를 기재한 경우 본 양식에 서명하지 마십시오. 그렇지 않을 경우 범죄로 간주되 벌금, 구금 또는 둘 다 부과할 수 있습니다.

본인은 본 진술서에 고의로 허위 진술을 한 경우 위증죄로 처벌 받을 수 있음을 이해합니다.
(I recognize that if I knowingly and willfully make a false statement in this affidavit, I will be guilty of the crime of false swearing.)

친족 보호자의 서명 (Kinship caregiver's signature)

친족 보호자의 성명 (Kinship caregiver's printed name)

Sworn to and subscribed before me this _____ day of _____, _____

알림

1. 본 진술서는 아동의 보호, 양육, 규제와 관련하여 언급된 아동의 부모나 법정 후견인의 권리에 영향을 미치지 않습니다. 또한 친족 보호자에게 아동의 법적 양육권이 있음을 의미하지 않습니다.

(This declaration does not affect the rights of the named child's parent or legal guardian regarding the care, custody, and control of the child and does not mean that the kinship caregiver has legal custody of the child.)

2. 본 진술서를 참조하는 사람은 추가적인 질의나 조사를 할 필요가 없습니다. **하지만 지역 학교 시스템은 아이를 등록하기 전 추가 정보를 요청할 수 있습니다.**

(A person that relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation. However, a local school system may request additional information before enrolling the child.)

3. 본 진술서는 시행일로부터 1년간 유효합니다. **지역 학교 시스템은 친족 보호자 진술서 시행된 학년말에 효력이 없어지도록 지정할 수 있습니다.**

(This affidavit is not valid for more than one year after the date on which it is executed. Local school systems can elect to have Kinship Caregiver's Affidavit expire at the end of the school year in which the affidavit was executed.)



친족 보호자 진술서

의회 법안 (HB) 331 조 - 보호자 교육에 관한 동의 법

추가 정보:

(ADDITIONAL INFORMATION)

친족 보호자분께:

1. 아동이 30 일 이상 귀하와 함께 살지 않는 경우 해당일로부터 30 일 이내에 이 진술서를 제출한 사람 및 제 30 자로부터 이 진술서를 받은걸 알고 있는 사람에게 위와 같은 사실을 통보해야 합니다.
2. 진술서 11 번 항목에 명시된 (조지아 주 운전 면허증 또는 신분증) 정보를 제공할 수 없는 경우 사회보장번호와 같은 다른 신원 신원 정보를 제공해야 합니다.

학교 담당자분께:

학교 시스템은 진술서 4 번 항목에 기재된 주소에 친족 보호자 거주 여부를 확인하기 위해 이에 합당한 추가 증빙 서류를 요청할 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 및 의료 서비스 계획 담당자분께:

1. 양식내 해당 항목에 기재하였고 진술서에 명시된 내용과 반대되는 사실에 대해 모르는 상태에서 진술서에 의거하여 학업 등록, 교과 과정, 방과후 활동과 직접적으로 연결된 교육 서비스나 의료서비스를 제공한 경우 형사 처벌, 민사상의 책임 또는 업무적 징계 조치를 받을 수 있습니다.
2. 본 진술서는 건강 보험 적용을 위해 사용될 수 없습니다.

TO KINSHIP CAREGIVERS:

1. If the child stops living with you for a period of more than 30 days, you are require to provide notice not later than 30 days after such period to anyone to whom you have given this affidavit as well as anyone of whom you have actual knowledge who received the affidavit from a third party.
2. If you do not have the information in item 11 of the affidavit (State of Georgia driver's license or identification card), you must provide another form of identification such as your social security number.

TO SCHOOL OFFICIALS:

The school system may require additional reasonable evidence that the kinship caregiver resides at the address provided in item 4 of the affidavit.

TO HEALTH CARE PROVIDERS AND HEALTH CARE SERVICE PLANS:

1. No person that acts in good faith reliance upon a kinship caregiver's affidavit to render education services or medical services directly related to academic enrollment or any curricular or extracurricular activities, without actual knowledge of facts contrary to those stated in the affidavit, shall be subject to criminal prosecution or civil liability to any person, or subject to any 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.