



# Oxnard Union High School District

## CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT California Family Code (Section 6550)

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 date of birth: \_\_\_\_\_
3. My name (adult giving authorization) \_\_\_\_\_
4. My home address is: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. ( ) I am a grandparent, aunt, uncle or other qualified relative of the minor (see back of this form for 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 license or identification card #: \_\_\_\_\_

**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.

Signed: \_\_\_\_\_ Dated: \_\_\_\_\_

# CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT

Print clearly

We, parent 1. \_\_\_\_\_ and parent 2. \_\_\_\_\_, the father and mother of our child, \_\_\_\_\_ ("name of our child"),

Date of birth \_\_\_\_\_ appoint and authorize \_\_\_\_\_

(relation to child) \_\_\_\_\_ to serve as the Caregiver/Guardian of the person and property of our child at any time neither of us is available to exercise the authority provided for herein.

If \_\_\_\_\_ is not able or willing to serve as our child's Guardian, we appoint \_\_\_\_\_ (relation to child) \_\_\_\_\_ to serve as our child's Guardian instead.

We hereby authorize the Caregiver/Guardian to exercise any and all rights and responsibilities and do any and all acts appropriate for a legal Guardian of a minor child including, but not limited to, the following:

**1. Education Rights.** To enroll our child in the appropriate educational institutions, obtain access to our child's academic records, authorize our child's participation in school activities and make any and all other decisions related to our child's education.

**2. Health Care.** To inspect and disclose any information relating to the physical and mental health of our child; to make any and all health care decisions; to sign documents, waivers and releases required by a hospital or physician; to authorize our child's admission to or discharge from any hospital or other medical care facility (including transfer to another facility); to consult with any provider of health care; to consent to the provision, withholding, modification or withdrawal of any health care procedure; and to make any and all other decisions related to our child's health care needs.

The Caregiver/Guardian may exercise any of these powers at any time that neither of us is available to exercise such authority. Any person may deal with the Caregiver/Guardian in full reliance that this Caregiver's Authorization Affidavit and or Designation of Temporary Guardian for Minor Child has not been revoked and that neither of us is available to exercise the authority provided for herein, if the Guardian submits a written statement to that effect.

I, as the caregiver/guardian confirm that the minor named above lives in my home and I am 18 years of age or older.

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

Caregiver Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent 1 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent 2 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## NOTICE:

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



**Oxnard Union High School District**

**AUTORIZACION POR ACTA NOTARIAL DE CUIDADOR  
(Sección del Código Familiar 6552)**

El uso de ésta acta notarial está autorizada por la Parte 1.5 (empezando con la Sección 6550) de la División 11 de Código Familiar de California.

**INSTRUCCIONES:** Al completar los puntos 1-4 y firmando el acta notarial es suficiente para autorizar matrícula a un menor en la escuela y autorizar atención médica relacionada con la escuela. Al completar los puntos 5-8 en un requisito adicional para otra atención médica. Escriba claro en letras de imprenta.

El menor nombrado abajo vive en mi casa y yo tengo 18 años o mas.

1. Nómbrre del menor: \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_\_

3. Mi nombre (adulto que da autorización): \_\_\_\_\_

4. Mi domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Soy su abuelo, tía, tío, u otro familiar calificado del menor

6. Marque uno o ambos (por ejemplo, si uno de los padres fué informado y el otro no se puede localizar):

( ) Yo he informado a los padre(s) u otra persona(s) quien tenga custodia legal de el menor de mi intención para autorizar atención médica, y no ha recibido objeción.

( ) No ha sido posible ubicar al padre(s) u otra persona(s) que tiene custodia legal del menor en este momento, para notificarlos de mi intención para autorización.

7. Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

8. El número de mi licencia de manejar o número de identificación: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA:** No firme este formulario si cualquiera de las declaraciones arriba son incorrectas, o Ud. estará cometiendo un crimen que se castiga con multa, prisión, o ambos.

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo declarado arriba es verdadero y correcto.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# AUTORIZACION DEL CUIDADOR

Imprima con letra de molde

Nosotros, el padre. \_\_\_\_\_ y, La Madre. \_\_\_\_\_, el padre  
y Madre de nuestro hijo, \_\_\_\_\_ ("nombre de nuestro Hijo"),

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ designamos y autorizamos \_\_\_\_\_

(relación al menor) \_\_\_\_\_ a servir como cuidador/tutor de la persona y bienes de nuestro hijo en  
cualquier momento, cuando ninguno de los dos esté disponibles para ejercer la autoridad prevista.

Si \_\_\_\_\_ no está disponible o está dispuesto a servir como tutor de nuestro hijo,  
nombramos \_\_\_\_\_ (relación al menor) \_\_\_\_\_ para servir como  
Guardian de nuestro hijo en su lugar.

Por la presente autorizo al cuidador/tutor a ejercer todos y cada uno de los derechos y responsabilidades y  
hacer todos y cada uno de los actos apropiados para un tutor legal de un menor de edad, incluyo, pero no  
limitado a, los siguientes:

1. **Educación:** Para inscribir a nuestro hijo en las instrucciones educativas apropiadas, para que obtenga acceso  
a los expedientes académicos de nuestro hijo, autorice la participación de nuestro niño en las actividades  
escolares y tome todas y cada una de las decisiones relacionadas con la educación de nuestro hijo.
2. **Cuidado de Salud:** Para inspeccionar y divulgar cualquier información relacionado con la salud física y  
mental de nuestro niño; tomar cualquier decisión de cuidado de la salud; para firmar documentos, renunciaciones  
y liberaciones requeridas por un hospital o un médico; Para autorizar la admisión o el alta de nuestro niño  
de cualquier hospital o otra institución de cuidado medico (incluyendo la transferencia a otra institución);  
Consultar con cualquier proveedor de servicios de salud; Consentir a la provisión, retención, modificación o  
retirada de cualquier procedimiento de atención medica; Y tomar todas y cada una de las demás decisiones  
relacionadas las necesidades de atención de salud de nuestro hijo.

El cuidador/tutor puede ejercer cualquiera de estas facultades en cualquier momento, cuando ninguno de  
nosotros este disponible para ejercer tal autoridad. Cualquier persona puede tratar con el cuidador/tutor con la  
plena confianza de que este Autorización del Cuidador y Designación de Tutor temporal para el menor no ha  
sido revocado y que ninguno de nosotros esta disponible para ejercer la autoridad prevista en este documento,  
si el guardián envía una declaración escrita en tal sentido.

Yo, como cuidador/tutor confirmo que el menor nombrado anteriormente vive en mi casa y tengo 18 años o más.

**Yo declare bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo declarado arriba es  
verdadero y correcto.**

Firma del Cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO:

1. Esta declaración no afecta los derechos de los padres o tutores del menor respecto a su cuidado, custodia  
y control, y no significa que la persona responsable del cuidado del menor tenga su custodia legal.
2. Esta declaración jurada no es válida por más de un año después de la fecha en que se ejecuta.