

DECLARACIÓN (AFIDÁVIT) DE AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA AL CUIDADO - Distrito Escolar Unificado de Fresno

E 5111-11 (a)

Código Familiar Sección 6552

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDADES TUTORIAL

El uso de esta declaración (afidávit) autorizada a través de Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código Familiar de California.

INSTRUCCIONES: CON LETRA IMPRENTA. Completar los puros del 1 al 4 y firmar la declaración (affidavit) es suficiente para autorizar la inscripción del menor en la escuela y el consentimiento para cuidado médico relacionado a la escuela. Ser un pariente calificado y completar los puntos adicionales del 5 al 8 autoriza el consentimiento para cuidado médico y dentista.

I. Información del Menor(s)	2. Fecha de Nacimiento	Grado	Número de Identificación FUSD	¿En cuál escuela fue inscrito el niño(a) la última vez?
1. Nombre (Nombre y Apellido)				
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

II. INFORMACION DEL CUIDADOR: El nombre del menor(es) mencionado en la parte de arriba vive en mi hogar y yo soy mayor de 18 años.

3. Me llamo: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono (H): _____

4. Mi dirección: _____ Apt. # _____ Código Postal: _____ Teléfono (W): _____

5. Yo soy ☐ Abuelo(a), ☐ Tía, ☐ Tío, ☐ Hermano (a), ☐ Otro pariente calificado: _____, ☐ u Otro: _____

6. Marque uno o ambos (por ejemplo, si a un padre se le informó y el otro no puede ser localizado):

☐ Yo le he informado al padre(s) o a otra persona(s) que tiene la tutela legal del menor del propósito de autorizar el cuidado médico y no he recibido ninguna objeción.

☐ Yo no me puedo comunicar con el padre(s) que tiene la tutela legal del menor para notificarle del propósito de la autorización.

7. Mi fecha de nacimiento es ____/____/____ 8. Mi número de licencia de conducir de California o tarjeta de identificación es: _____ Vence el: _____

III. INFORMACIÓN DEL PADRE:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES FALSA O USTED COMETERÁ UN CRIMEN QUE SE CASTIGA CON UNA MULTA, ENCARCELAMIENTO O AMBOS

IV. FIRMA: Yo declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes Estatales de California que lo anterior es verdad o correcto y se me ha dado una copia de mis derechos. El menor(es) residirá en mi residencia en base permanente, lo cual significa que no regresará a la residencia de los padres los fines de semana ni en las tardes/noches. Declaración falsa, dirección falsa o información incorrecta anulará la declaración (afidávit) y el estudiante será transferido a la escuela o distrito donde reside. El afidávit es otorgado para un ciclo escolar a menos que sea revocado por escrito por el padre o tutor legal.

Fecha: _____ Firma de la Persona al Cuidado: _____ Firma del Padre: _____

Administrador DPI: _____ Fecha de Aprobación: _____ Iniciales del Responsable: _____ Fecha que se envió: _____

Escuela: _____



☐ ATLAS

☐ SPREADSHEET

09/22/22

CICLO ESCOLAR

2025 -- 2026

☐ NUEVO ☐ RENOVADO

For Office Use Only:

Special Ed Expelled/Pending ELD

Y__ N__ Y__ N__ Y__ N__

Y__ N__ Y__ N__ Y__ N__

Y__ N__ Y__ N__ Y__ N__

Y__ N__ Y__ N__ Y__ N__

Y__ N__ Y__ N__ Y__ N__

DECLARACIÓN (AFIDÁVIT) DE AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA AL CUIDADO - Distrito Escolar Unificado de Fresno

E 5111-11 (a)

Código Familiar Sección 6552

DERECHOS E INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA PERSONA AL CUIDADO

La colocación escolar es basada en disponibilidad de lugar. Esta declaración (afidávit) se refiere a la residencia dentro del distrito y no se puede usar para cambiar de escuela dentro del distrito.

PARA LOS CUIDADORES:

- "Pariente calificado," se refiere al punto 5 que significa un cónyuge, padre, padrastro, madrastra, hermano(a), hermanastro(a), medio hermano(a), tío(a), sobrino(a), primo(a) o cualquier persona anotado con algún prefijo o cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio se ha terminado por muerte o Disolución.
- La ley puede requerir que, si actualmente usted no es un pariente o un padre de crianza con licencia, obtenga una licencia de hogar de crianza para poder cuidar de un menor. Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el departamento local de servicios sociales.
- Si el menor ya no vive con usted, se requiere que notifique a cualquier escuela, proveedor de cuidado de salud o plan de servicios de cuidado de salud el cual le ha dado esta declaración (afidávit).
- Si usted no tiene la información solicitada en el punto 8 (Licencia de Conducir de California o Identificación), provea otra forma de identificación como su número de seguro social o de Medi-Cal.
- La Autorización de la declaración (Afidávit) de la Persona al Cuidado no se puede usar para evadir las pólizas o reglamentos de transferencia entre/dentro del Distrito.
- "Cuidado médico relacionado a la escuela" significa que el cuidado médico el cual es requerido por la autoridad gubernamental estatal o local como una condición para inscripción escolar, incluyendo registro de vacunas, exámenes físicos y exámenes médicos conducidos en las escuelas para los alumnos (Add. Stats. 1996, Ch. 563).

DERECHOS:

- La autorización de la declaración (afidávit) de la persona al cuidado que reúne los requisitos de F.C. 6550 autoriza a una persona de 18 años o mayor que completa los puntos del 1 al 4 de la declaración (afidávit) provisto en la Sección 6552 y firma la declaración (afidávit), para inscribir a un menor en la escuela y el consentimiento para cuidado médico relacionado a la escuela en nombre del menor. La persona al cuidado que es un pariente y que completa los puntos del 1 al 8 de la declaración (afidávit) provisto en la Sección 6552 y firma la declaración (afidávit) debe tener los mismos derechos dados a los tutores para autorizar el cuidado médico y dental del menor bajo la sección 2353 del Código Testamentario. El doctor autorizado por esta persona al cuidado que es un pariente puede incluir el tratamiento médico mental sujeto a limitaciones de la Sección 2356 del Código Testamentario. Esta declaración (afidávit) también autoriza a la persona al cuidado tener acceso al archivo del estudiante y dar a conocer el archivo del mismo.
- La declaración (afidávit) no debe ser válida por más de un año después de la fecha que se otorgó.
- La decisión de la persona al cuidado para consentimiento o rehusar el cuidado médico o dental de un menor debe ser sustituido por cualquier decisión contravenida del padre u otra persona que tiene la tutela legal del menor, proveyendo que la decisión del padre y la otra persona que tiene la tutela legal del menor no pone en peligro la vida, salud o seguridad del menor.
- Ninguna persona que actúa de buena fe confiando en la autorización de la declaración (afidávit) de la persona al cuidado provee cuidado médico o dental, sin el conocimiento actual de los hechos contrario a lo mencionado en la declaración (afidávit), está sujeto a responsabilidad criminal o civil para cualquier persona, o está sujeto a acción disciplinaria profesional, de dicha dependencia si las porciones de la solicitud de la declaración (afidávit) son completadas.
- Esta declaración no afecta los derechos de los padres o tutor legal del menor en relación al cuidado, tutela y control del menor y no significa que la persona al cuidado tiene la tutela legal del menor.
- Una persona que confía en esta declaración (afidávit) no tiene la obligación de hacer ninguna indagación o investigación.

FUNCIONARIOS ESCOLARES:

- Sección 48204 del Código de Educación provee que este afidávit constituye bases suficientes para una determinación de residencia del menor, sin el requisito de una orden tutelar u otra tutela a menos que el distrito escolar determine de los hechos actuales que el menor no está viviendo con la persona al cuidado.
- El distrito escolar puede requerir evidencia adicional razonable de que la persona al cuidado vive en la dirección proveída en el punto 4.
- Las declaraciones (afidávits) son de alcance limitado. La declaración (afidávit) no atiende muchos de los problemas, como servicios de educación especial, información médica confidencial, programas alternos o elegibilidad de deportes.
- La declaración (afidávit) es otorgado sólo por un ciclo escolar a menos que sea revocado por el padre o tutor legal.
- La declaración (afidávit) original con las firmas está en el archivo del Departamento de Prevención e Intervención en la oficina de Atención.

PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD Y PLANES DE SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD:

- Ninguna persona que actúa de buena fe confiando en la autorización de la declaración (afidávit) de la persona al cuidado provee cuidado médico o dental, sin el conocimiento actual de los hechos contrario a lo mencionado en la declaración (afidávit), está sujeto a responsabilidad criminal o civil para cualquier persona, o está sujeto a acción disciplinaria profesional, de dicha dependencia si las porciones de la solicitud de la declaración (afidávit) son completadas.
- Esta declaración (afidávit) no concede dependencia con fines de cobertura de cuidado de salud.

Firma de la Persona al cuidado

Fecha