

**El Departamento de Salud Mental del Condado de San
Luis Obispo San Luis Obispo County Behavioral Health
Department AUTORIZACION JURADA DEL CUIDADOR
CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT**

El uso de esta declaración jurada es autorizada por Parte 1.5 (comenzando con Sección 6550)
División 11 del Código Familiar de California. No aplica a Servicios de Educación Especiales.

Nombre de Menor (Minor's Name):

Fecha de Nacimiento de Menor (Minor's DOB):

El menor nombrado abajo vive en mi hogar y yo tengo 18 años de
edad o más. Nombre de Cuidador (Caregiver's Name):

Domicilio de Cuidador (Caregiver's address):

Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip):

Fecha de nacimiento de Cuidador (Caregiver's DOB):

Licencia de Manejar de CA del Cuidador u otra tarjeta de Identificación (Driver's License or other ID #):

Soy abuelo, tía, tío, esposo/a, padre, padrastro/a, hermano, hermana, hermanastro,
hermanastra, medio-hermano media-hermana, sobrina, sobrino, primo, bisabuelos, o el
esposo/a de cualquier persona listada arriba, aún si

el matrimonio haya terminado por muerte o divorcio. (I am a grandparent, aunt, uncle,
spouse, parent, stepparent, brother, sister, stepbrother, stepsister, half-brother, half-
sister, niece, nephew, first cousin,

or any person denoted by the prefix "grand" or "great", or the spouse of any of the
people listed above, even if the marriage was terminated by death or divorce.)

Especifique relación (specific relationship):

Marque uno o dos (por ejemplo, si un padre fue avisado y el otro no puede ser localizado
(Check one or both, for example, if one parent was advised and other cannot be located):

- He avisado a los padres u otra persona que tiene la custodia legal del menor de mi
intento de autorizar cuidado médico, y no he recibido ningún inconveniente (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 recieved no objection).

- No he podido contactar a los padres u otras personas que tienen la custodia legal del menor en este momento, para avisarles sobre mi intento de autorización (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 any intended authorization).

Cuidado: No firme esta forma si cualquier delaración de arriba es incorrecta, o estará cometiendo un crimen castigado con multa, encarcelamiento, o los dos.

(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.)

Declaro bajo pena de perjuicio bajo las leyes del Estado de California y Los Estados Unidos que el

precedente es verdadero y correcto (I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California and the United States that the foregoing is true and correct).

AVISO (NOTICES)

1. Esta declaración no afecta los derechos de los padres del menor o guardián legal sobre el cuidado, custodia, y control del menor, y no quiere decir que el cuidador tiene custodia legal del menor.

(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. Una persona que depende de esta declaración jurada no tiene obligación en hacer más consultas o investigaciones.

(2. A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation.) **Esta declaración jurada no es válida por más de un año después de la fecha en que es ejecutada.** (3. This affidavit is not valid for more than one year after the date on which it was executed.)

INFORMACION ADICIONAL (Additional Information) A CUIDADORES

(To Caregivers):

1) "Pariente calificado" es un esposo/a, padre, padrastro, hermano/a, hermanastro/a, medio- hermano/a, tío/a sobrino/a, primo/a, o bisabuelo/a o esposo/a de cualquier persona especificada en esta definición, aún después que el matrimonio haya sido terminado por muerte o divorcio.

(1. "Qualified realtive" 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 the this definition, even after the marriage has been terminated by death or dissolution.)

2) La ley puede requerirle, si no es un pariente o un padre de crianza con licencia, que obtenga una licencia de casa de crianza para poder cuidar del menor. Si tiene cualquier pregunta, favor de contactar su departamento local de servicios sociales.

(2. The law may require you, if you are not relative or currently licensed forster 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) Si el menor deja de vivir con usted, se le requiere que avise a la escuela, proveedor de cuidado de salud, o plan de sevicio de cuidado de salud al cual usted ha dado esta declaración jurada.

(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 ths affidavit.)

4) Si usted no tiene una licencia de conducir o identificación de California, muestre otra forma de identificación como su número de seguro social o número de Medi-Cal.

(4. If you do not have a California driver's license or I.D., provide another form of identification such as social security number or Medi-Cal number.)

A LOS PROVEEDORES DEL CUIDADO DE SALUD Y PLANES DE SERVICIO DE CUIDADO DE SALUD:

(To Health Care Providers and Health Care Service Plans)

1) Ninguna persona que actúa de buena fe basado en la autorización del cuidador de declaración jurada para proveer cuidado dental o médico, sin conocimiento actual de hechos contrarios a la fecha de la declaración jurada, es sujeto a responsabilidad penal o responsabilidad civil a ninguna persona, o está sujeto a una acción disciplinaria profesional, por tal confianza si se completan las partes aplicables de la forma.

(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) Esta declaración jurada no otorga dependencia para finalidades de cobertura de cuidado de salud. (2. This affidavit does not confer dependency for health care coverage purposes.)

Name:
Type: SP MH Caregiver Auth Affidavit

Case#:

Page: 6 of 6
Date:

Signatures

Signature	Signature Line Heading	Printed Name	Date
	Caregiver		
	Staff Witness		