



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS MRN:

NAME:

DATE OF BIRTH:

**CAREGIVER’S AUTHORIZATION AFFIDAVIT
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR**

Use of this affidavit is authorized by Part 1.5 (commencing with Section 6550) of Division 11 of the California Family Code.

El uso de esta declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

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.

Instrucciones: Completar los puntos 1-4 y firmar la declaración jurada es suficiente para autorizar la inscripción de un estudiante menor de edad y autorizar la atención médica relacionada con la escuela. Además, se requiere completar los puntos 5-8 para autorizar cualquier otra atención médica. Escriba en letra de imprenta clara.

The minor named below lives in my home and I am 18 years of age or older.
El menor nombrado a continuación vive en mi casa y yo tengo 18 años de edad o más.

1. Name of minor _____
Nombre del menor

2. Minor’s birth date ____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento del menor

3. My name (adult giving authorization) _____
Mi nombre (adulto que da autorización)

4. My home address _____
La dirección de mi casa Address | Dirección

City | Ciudad

State | Estado

Zip Code | Código postal



NEMS MRN:

NAME:

DATE OF BIRTH:

**CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR**

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").
Soy abuelo, tía, tío u otro pariente calificado del menor (consulte la página 2 de este formulario para obtener una definición de "pariente calificado").
6. Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located):
Marque uno o ambos (por ejemplo, si se informó a uno de los padres y no se puede localizar al otro):
- 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.
He informado a los padres u otra persona que tenga la custodia legal del menor de mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.
- 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.
No puedo comunicarme con los padres u otra persona que tenga la custodia legal del menor en este momento, para notificarles de mi autorización prevista.
7. My date of birth _____ / _____ / _____
Mi fecha de nacimiento
8. My California's driver's license or ID card number _____
Mi número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS MRN:

NAME:

DATE OF BIRTH:

**CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR**

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.

ADVERTENCIA: No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores es incorrecta, o estará cometiendo un delito punible con una multa, encarcelamiento o ambos.

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

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Signature of Adult Caregiver

Firma del Cuidador Adulto

Date

Fecha

Print Name of Adult Caregiver

Imprimir Nombre del Cuidador Adulto

STAFF USE ONLY: Scan the caregiver's California driver's license or ID and file into the patient's medical chart.



NEMS MRN:

NAME:

DATE OF BIRTH:

CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

Notices | Avisos:

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.
Esta declaración no afecta los derechos de los padres o tutores legales del menor con respecto al cuidado, custodia y control del menor, y no significa que el cuidador tenga la custodia legal del menor.
2. A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation.
Una persona que se basa en esta declaración jurada no tiene la obligación de realizar ninguna consulta o investigación adicional.
3. This affidavit is not valid for more than one year after the date on which it is executed.
Esta declaración jurada no es válida por más de un año después de la fecha en que se ejecutó.

Additional Information | Información adicional:

To caregivers | A los cuidadores:

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.
"Pariente calificado", para los propósitos del punto 5, significa un cónyuge, padre o madre, padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo hermano, prima hermana o cualquier persona denotada por el prefijo "abuelo", "abuela", "bisabuelo" o "bisabuela", "nieta", "nieta", "bisnieta" o "bisnieta", o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio haya terminado por muerte o disolución.
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.
La ley puede requerir que usted, si no es un pariente o un padre adoptivo con licencia actual, obtenga una licencia de hogar adoptivo para cuidar a un menor. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su departamento local de servicios sociales.
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.
Si el menor deja de vivir con usted, usted está obligado a notificar a cualquier escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios de atención médica al que haya entregado esta declaración jurada.
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.
Si no tiene la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir o identificación de California), proporcione otra forma de identificación, como su número de seguro social o número de Medi-Cal.



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS MRN:

NAME:

DATE OF BIRTH:

**CAREGIVER’S AUTHORIZATION AFFIDAVIT
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR**

To school officials | A los funcionarios escolares:

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.

La sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye una base suficiente para determinar la residencia del menor, sin el requisito de una tutela u otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine a partir de hechos reales que el menor no vive con el cuidador.

2. The school district may require additional reasonable evidence that the caregiver lives at the address provided in item 4.

El distrito escolar puede requerir evidencia razonable adicional de que el cuidador vive en la dirección proporcionada en el punto 4.

To health care providers and health care service plans | A los proveedores de atención médica y a los planes de servicios de atención médica:

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.

Ninguna persona que actúe de buena fe confiando en la declaración jurada de autorización de un cuidador para proporcionar atención médica o dental, sin conocimiento real de hechos contrarios a los declarados en la declaración jurada, está sujeta a responsabilidad penal o a responsabilidad civil ante cualquier persona, o está sujeta a acción disciplinaria profesional, por dicha confianza si se completan las partes aplicables del formulario.

2. This affidavit does not confer dependency for health care coverage purposes.

Esta declaración jurada no confiere dependencia para fines de cobertura de atención médica.

North East Medical Services (NEMS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not differentiate, exclude, or discriminate against any individual on the basis of race, color, creed, religion (e.g., religious dress and grooming practices), age (e.g., those over 40), sex/gender (e.g., sex characteristics, intersex traits, pregnancy, childbirth, breastfeeding and/or related medical conditions), gender identity, gender expression, sexual orientation, sex stereotypes, marital status, medical condition (e.g., genetic characteristics, cancer or a record or history of cancer), military or veteran status, national origin (e.g., limited English proficiency, language use and possession of a driver's license issued to persons unable to prove their presence in the United States is authorized under federal law), ancestry, disability (e.g., mental and physical, including HIV/AIDS, cancer, and genetic characteristics), genetic information, retaliation for reporting patient abuse in tax-supported institutions, enrollment in a Health Benefit Plan, state of health, need for health services, status as a litigant, status of a Medicare or Medicaid beneficiary, source of payment for care, or any other basis prohibited by law.

NEMS:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS Member Services Department at 415-391-9686 ext. 8160.

How to file a grievance with NEMS

If you believe that NEMS has failed to provide these services or discriminated in another way based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with NEMS Member Services. If you need help filing a grievance, NEMS Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call 415-391-9686 ext. 8160
- **By mail:** Call us at 415-391-9686 ext. 8160 and ask to have a form sent to you.
- **In Person:** Visit the NEMS Member Services Department.

You may also contact the NEMS Civil Rights Coordinator

Attn: NEMS Section 1557 Coordinator
North East Medical Services
1520 Stockton Street
San Francisco, CA 94133
NEMSSection1557@nems.org

How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Complaint forms are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

This notice is available at: nems.org

Spanish ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor.

Chinese 注意: 如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 或與您的提供者討論。

Vietnamese LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 415-391-9686 ext. 8160 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Korean 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Persian توجه: کمک رایگان خدمات، کنیومی صحبت فارسی زبان به اگر ارائه برای مناسب کمکی خدمات و ها کمک همچنین، شماست دسترس در زبانی با است دسترس در رایگان صورت به دسترس قابل های قالب در اطلاعات تماس (415-391-9686 داخلی 8160 (TTY: 1-800-735-2929) کنید صحبت خود دهنده ارائه یا بگیرد.

Japanese 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Armenian ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները Նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 415-391-9686 ext. 8160 հեռախոսահամարով (TTY` 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Arabic تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 415-391-9686 ext. 8160 (1-800-735-2929) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

Thai หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"

Tagalog PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librenang serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyong upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider.

Punjabi ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।"

Hindi ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

Hmong LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkaug cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

Khmer សូមកម្មវត្តមាន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចភ្នែកគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг.