



NEMS ID#:

NAME:

DOB:

**CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT  
BẢN TUYÊN THỆ VỀ SỰ CHO PHÉP CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC**

This form is intended to provide North East Medical Services (NEMS) with written permission to treat a minor that is under the age of 18 who is obtaining non-urgent medical care.

Mẫu này nhằm mục đích cung cấp cho Trung tâm Y tế Đông Bắc (NEMS) một văn bản cho phép trung tâm điều trị những trẻ vị thành niên dưới 18 tuổi đang cần dịch vụ chăm sóc y tế không khẩn cấp.

Use this form only when the parents or legal guardians are unable to accompany the minor to the appointment and a qualified adult who lives in the same household and who is at least 18 years or older can consent on behalf of the patient.

Chỉ sử dụng mẫu này khi phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp không thể đưa đưa trẻ khi khám sức khỏe, và một người lớn đủ tiêu chuẩn, 18 tuổi trở lên, và hiện đang sống cùng nhà với đứa trẻ có thể đồng ý với việc điều trị thay mặt cho bệnh nhân.

The minor named below lives in my home and I am 18 years of age or older.

Trẻ vị thành niên có tên dưới đây hiện đang sống cùng nhà với tôi và tôi năm nay ít nhất 18 tuổi.

\_\_\_\_\_  
Name of Minor  
Tên trẻ vị thành niên

\_\_\_\_\_  
My name [adult given authorization]  
Tên tôi [người lớn cho phép điều trị]

\_\_\_\_\_  
My home address Địa chỉ nhà tôi

I am a grandparent, aunt, uncle, or other qualified relative of the minor: \_\_\_\_\_

Tôi là ông, bà, cô, chú, hoặc người thân khác của trẻ vị thành niên này

My California driver's license or ID card #: \_\_\_\_\_

Số bằng lái xe hoặc thẻ căn cước California của tôi

**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.

**CẢNH BÁO:** Không ký mẫu này nếu bất cứ thông tin nào ở trên không chính xác, nếu không quý vị sẽ phạm tội và có thể bị phạt tiền, phạt tù, hoặc cả hai.



**NORTH EAST  
MEDICAL SERVICES**  
東北醫療中心  
a californiah<sup>+</sup>center

NEMS ID#:

NAME:

DOB:

**CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT  
BẢN TUYÊN THỆ VỀ SỰ CHO PHÉP CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC**

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

Tôi tuyên bố dưới hình phạt khai man theo luật Tiểu bang California rằng thông tin trên là đúng và chính xác.

Print Adult Caregiver's Name: \_\_\_\_\_

Ghi rõ tên người lớn chăm sóc

Adult Caregiver's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Chữ ký của người lớn chăm sóc

Ngày

Please note Vui lòng lưu ý:

- This declaration does not affect the rights of the minor's parents or legal guardians regarding the care, custody, and control of the minor, and does not mean that the caregiver has legal custody of the minor.  
Bản tuyên thệ này không ảnh hưởng đến quyền của cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên về việc chăm sóc, nuôi dưỡng và kiểm soát đứa trẻ, và không có nghĩa là người chăm sóc đang giữ quyền nuôi đứa trẻ này.
- A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation.  
Những người dựa vào bản tuyên thệ này không có nghĩa vụ tìm hiểu hay điều tra điều gì thêm.
- If the minor stops living with you, you are required to notify NEMS Member Services Department at (415) 391-9686 x 8160 to which you have given this affidavit.  
Nếu trẻ vị thành niên này không còn sống chung với quý vị, quý vị phải thông báo cho Bộ phận Dịch vụ Thành viên của NEMS theo số (415) 391-9686 x 8160, nơi mà quý vị đã nộp bản tuyên thệ này.
- This affidavit is not valid for more than one year after the date on which it is executed.  
Bản tuyên thệ sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày được thi hành.

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

**Non-discrimination Disclosure**

North East Medical Services (NEMS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. NEMS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

NEMS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (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 these services, contact NEMS Member Services Department. If you believe that NEMS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: NEMS Member Services Department 1520 Stockton St, San Francisco, CA 94133, (415) 391-9686 ext. 8160, Fax: 415-433-4726. You can file a grievance in person, by mail or fax. If you need help filing a grievance, NEMS Member Services Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Language Assistance Services Available**

**Spanish**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)

**Chinese**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)。

**Vietnamese**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929).

**Korean**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929).

**Russian**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (415) 391-9686 ext. 8160 (телетайп: 1-800-735-2929).

**Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (415) 391-9686 ext. 8160 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2929).

**Japanese**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(415) 391-9686 ext. 8160 (TTY:1-800-735-2929)まで、お電話にてご連絡ください。

**Armenian**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ասպ և եզ անվճար կարող եմ տրամադրվել լեզվական օգնություններ ծառայություններ: Չանգահարեք (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929):

**Farsi**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

**Punjabi**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Cambodian**

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)។

**Hmong**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929).

**Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

**Thai**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (415) 391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929).