

**DECLARACIÓN JURADA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL DISTRITO ESCOLAR DEL
CONDADO DE WALTON**

El uso de esta declaración jurada está autorizada por OCGA Sección 20-1-16.

INSTRUCCIONES: Por favor imprima claramente.

Yo por el presente certifico que el niño nombrado a continuación vive en mi hogar y que tengo 18 años o más.

1. Nombre del niño: _____

2. Fecha de nacimiento del niño: _____

3. Mi nombre completo (cuidador familiar que da la autorización): _____

4. Mi domicilio: _____

5. Soy un cuidador familiar.

6. He asumido el estado de cuidador familiar por una o más de las siguientes circunstancias (marque al menos una):

Un padre no puede proporcionar atención debido a la muerte del otro padre;

Una enfermedad grave o enfermedad terminal de un padre;

La condición física o mental del padre o el niño de tal manera que el padre no pueda proporcionar el cuidado y la supervisión adecuados del niño;

El encarcelamiento de un padre;

La pérdida o la inhabilitación del hogar del niño como resultado de un desastre natural;

Un período de servicio militar activo de un padre más de 24 meses; o

Soy incapaz de localizar un padre o los padres en este momento para notificarles de mi autorización previsto porque (enumere las razones).

7. Nombres de los padres o tutores legal: _____

8. Domicilio de los padres o tutores legal: _____

9. Números de teléfono y direcciones de correo electrónico de los padres o tutores legal:

10. Fecha de nacimiento del cuidador familiar: _____

11. Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación del estado de Georgia del cuidador familiar:

ADVERTENCIA: NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES ANTERIORES ESTÁN INCORRECTAS O ESTARÁ COMPROMETIENDO UN CRIMEN APLICABLE POR UNA MULTA, ENCARCELAMIENTO O AMBOS.

Reconozco que si a sabiendas y deliberadamente hago una declaración falsa en esta declaración jurada, seré culpable del delito de juramento falso.

(firma del cuidador familiar)

(Nombre del cuidador familiar en letra de imprenta)

Jurado y suscrito ante
mí este _____ día
de _____.

_____ Notario público (SELL0)

Mi comisión expira: _____

AVISOS:

1. Esta declaración no afecta los derechos del padre o tutor legal del niño nombrado con respecto al cuidado, la custodia y el control del niño y no significa que el cuidador familiar tenga la custodia legal del niño.
2. Una persona que confía en esta declaración jurada no tiene la obligación de realizar ninguna consulta o investigación adicional.
3. Esta declaración jurada no es válida por más de un año después de la fecha en que se ejecuta.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

A LOS CUIDADORES DE FAMILIA:

1. Si el niño deja de vivir con usted por un período de más de 30 días, debe notificar a no más tardar de 30 días después de dicho período a cualquier persona a la que le haya entregado esta declaración jurada, como cualquiera de los que tiene conocimiento real que recibió la declaración jurada de un tercero.
2. Si no tiene la información en el punto 11 de la declaración jurada (licencia de conducir o tarjeta de identificación del Estado de Georgia), debe proporcionar otra forma de identificación, como su número de seguro social.

A LOS OFICIALES DE LA ESCUELA:

El sistema escolar puede requerir evidencia adicional que es razonable de que el cuidador de parentesco reside en la dirección provista en el punto 4 de la declaración jurada.

A LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y PLANES DE SERVICIOS DE SALUD:

1. Ninguna persona que actúe de buena fe confiando en la declaración jurada de un cuidador familiar para prestar servicios educativos o servicios médicos directamente relacionados con la

inscripción académica o cualquier actividad curricular o extracurricular, sin el conocimiento real de hechos contrarios a aquellos establecidos en la declaración jurada, estarán sujetos a enjuiciamiento penal o responsabilidad civil ante cualquier persona, o sujetos a cualquier acción disciplinaria profesional, por tal confianza si se completan las partes aplicables del formulario.

2. Esta declaración jurada no confiere dependencia para el propósito de cobertura de atención médica.