

إفادة خطية بتفويض مقدم الرعاية
Fقوانين ولاية ماساتشوستس العامة، الفصل 201

(الطرف المخول (الوالد/الوصي 1.

أنا، _____، المقيم في _____، أقر
بأنني: (اختر أحد الخيارات) الوالد/الوالدة الوصي القانوني الحاضن القانوني للأطفال القصر المذكورين أدناه
أفوض بموجب هذه الوثيقة _____، المقيم في _____،
بممارسة الحقوق والمسؤوليات، باستثناء تلك
المذكورة أدناه، التي أتمتع بها فيما يتعلق بتعليم ورعاية الأطفال القصر الذين أسماؤهم وتواريخ ميلادهم كالتالي:

اسم	تاريخ الميلاد	اسم	تاريخ الميلاد
اسم	تاريخ الميلاد	اسم	تاريخ الميلاد

(.لا يجوز لمقدم الرعاية القيام بما يلي: (إذا كانت هناك أي أفعال محددة لا ترغبون أن يقوم بها مقدم الرعاية، فيرجى ذكرها هنا

(البيانات التالية صحيحة: (يرجى القراءة

- لا توجد أي أوامر قضائية سارية المفعول تمنعني من ممارسة أو تفويض الحقوق والمسؤوليات التي أرغب في تفويضها لمقدم (الرعاية). (إذا كنت الوصي القانوني أو الحاضن، يُرجى إرفاق أمر المحكمة الذي يُعينك في هذا المنصب
- لا أستخدم هذا الإقرار لتجاوز أي قانون من قوانين الولاية أو القانون الفيدرالي، أو لأغراض الالتحاق بمدرسة معينة، أو لإعادة تفويض الحقوق إلى مقدم رعاية تم سحب تلك الحقوق منه بموجب حكم قضائي
- أفوض هذه الحقوق والمسؤوليات بحرية وإدراك تام لتوفير الرعاية للطفل/الأطفال، وليس نتيجة لضغوط أو تهديدات أو مدفوعات من أي شخص أو جهة
- أتفهم أنه في حال تعديل هذا الإقرار أو إلغائه، يجب علي تقديم الإقرار المعدل أو إشعار الإلغاء إلى جميع الأطراف التي قدمت إليها هذا الإقرار

تبقى هذه الوثيقة سارية المفعول حتى تاريخ _____ (لا يتجاوز سنتين من تاريخ اليوم) أو حتى أبلغ مقدم الرعاية كتابيًا
بأنني قد عدلتها أو ألغيتها.
أقر بموجب هذا أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة، وأتحمل كامل المسؤولية القانونية في حال ثبوت خلاف ذلك

إمضاء:

الاسم المطبوع:

رقم الهاتف:

شهود على توقيع الطرف المخول 2.
(يجب أن يتم التوقيع من قبل أشخاص تزيد أعمارهم عن 18 عامًا وليسوا مقدمي الرعاية المعيّنين)

توقيع الشاهد رقم 1

(الاسم والعنوان ورقم الهاتف (مطبوعين)

توقيع الشاهد رقم 2

(الاسم والعنوان ورقم الهاتف (مطبوعين)

3. توثيق توقيع الطرف المخول.

كومنولث ماساتشوستس

_____, SS

في هذا التاريخ، _____، وأمامي أنا كاتب العدل الموقع أدناه، حضر شخصياً _____، والذي أثبت لي هويته من خلال إثبات شخصية مُرضٍ، وهو _____، وأقرّ بأنه هو الشخص الذي وقع على الوثيقة السابقة، وأقسم تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة.

توقيع وختم كاتب العدل

الاسم المطبوع لكاتب العدل

تاريخ انتهاء صلاحية تفويضي

4. إقرار مقدم الرعاية.

أنا، _____، أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل، والأطفال المذكورون أعلاه (يقيمون معي حاليًا في _____). أنا (أذكر صلتك بالأطفال _____).

أفهم أنه يحق لي، دون الحصول على موافقة إضافية من أحد والدي الطفل/الأطفال أو الوصي القانوني عليه/عليهم، ممارسة الحقوق والمسؤوليات المشتركة المتعلقة بتعليم الطفل/الأطفال ورعايتهم الصحية، باستثناء الحقوق والمسؤوليات المحظورة المذكورة أعلاه. ومع ذلك، لا يجوز لي اتخاذ أي قرار يتعارض مع قرار والدي الطفل/الأطفال أو الوصي القانوني عليه/عليهم. كما أفهم أنه في حال تعديل هذا الإقرار أو إلغائه، يجب عليّ تقديم الإقرار المعدل أو إشعار الإلغاء إلى جميع الأطراف التي قدمت إليها هذا الإقرار قبل ممارسة أي حقوق أو مسؤوليات أخرى بموجبه.

أؤكد بموجب هذا أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة، وتحت طائلة العقوبات المقررة في حالة شهادة الزور.

توقيع مقدم الرعاية

الاسم مطبوعًا

رقم الهاتف

التاريخ