

***** Spanish translation for informational purposes only.
Should be completed in English. Traducción al español para fines
informativos únicamente. Llene el formulario en inglés. *****

S.F. 40-10B-15 Caregiver's Authorization Affidavit/Kinship Guardianship. (2001)

S.F. 40-10B-15 Declaración jurada de autorización del cuidador/Tutela por parentesco. (2001)

“Caregiver's Authorization Affidavit “Declaración jurada de autorización del cuidador

Use of this affidavit is authorized by the Kinship Guardianship Act. *El uso de esta declaración jurada está autorizado por la Ley de tutela por parentesco.*

Instructions: / *Instrucciones:*

- A. 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. / *Para autorizar la inscripción de un menor en la escuela y para autorizar la atención médica relacionada con la escuela, es suficiente llenar los Puntos 1 a 4 y firmar la declaración jurada.*
- B. Completion of Items 5-8 is additionally required to authorize any other medical care. / *Para autorizar cualquier otro tipo de atención médica, debe también llenar los Puntos 5 a 8.*

Print clearly/*Escriba claramente en letra de molde:*

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

1. Name of minor: _____
Nombre del/de la menor
2. Minor's birth date: _____
Fecha de nacimiento del/de la menor
3. My name (adult giving authorization): _____
Mi nombre (adulto que da autorización)
4. My home address: _____
Mi domicilio
5. ☐ I am a grandparent, aunt, uncle or other qualified relative of the minor (see back of this form for a definition of "qualified relative"). / *Soy un/a abuelo/a, un/a tío/a u otro pariente calificado del/de la menor (consulte el reverso de este formulario para conocer la 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 el otro no puede ser localizado):*

☐ 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 al padre/a la*

***** Spanish translation for informational purposes only.
Should be completed in English. Traducción al español para fines
informativos únicamente. Llene el formulario en inglés. *****

madre o a otra/s persona/s que tiene/n la custodia legal del/de la menor acerca 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 el padre/ la madre o con otra/s persona/s que tiene/n la custodia legal del/de la menor en este momento para notificarles de mi intención de dar autorización.*

7. My date of birth/*Mi fecha de nacimiento*: _____

8. My NM driver's license or other identification card number/*Mi número de licencia de manejo de NM o de otra tarjeta de identificación*: _____

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, ya que estaría cometiendo un delito castigable con multa, prisión o ambos.*

I declare under penalty of perjury under the laws of the state of New Mexico that the foregoing is true and correct. / *Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Nuevo México que lo anterior es verdadero y correcto.*

Signed/*Firmado*: _____

The foregoing affidavit was subscribed, sworn to and acknowledged before me this _____ day of _____, 20_____, by _____.

La declaración jurada precedente fue firmada, juramentada y reconocida ante mí este día _____ de _____, por _____.

My commission expires/*Mi comisión vence*: _____

Notary Public/*Fedatario*

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 del/de la menor ni del tutor legal con respecto al cuidado, la custodia y el control del/de la menor, y no significa que el cuidador tenga custodia legal del menor.*
2. A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation. / *Las personas que se apoyen en esta declaración jurada no tienen obligación de hacer ninguna otra indagación o investigación.*

******* Spanish translation for informational purposes only.
Should be completed in English. Traducción al español para fines
informativos únicamente. Llene el formulario en inglés. *******

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 después de un año desde la fecha de su firma.

Additional Information/*Información adicional:*

TO CAREGIVERS/*PARA 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, godparent, member of the child's tribe or clan, an adult with whom the child has a significant bond or any person denoted by the prefix "grand" or "great", or the spouse or former spouse of any of the persons specified in this definition. / *“Pariente calificado”, para fines del Punto 5, significa cónyuge, padre/ madre, padrastro/ madrastra, hermano/ a, hermanastro/ a, medio hermano/ a, tío/ a, sobrino/ a, primo/ a hermano/ a, padrino/ madrina, miembro de la tribu o clan del/ de la menor, un adulto con quien el/ la menor tiene un vínculo significativo o un/ a abuelo/ a, tío/ a abuelo/ a, bisabuelo/ a, tío/ a bisabuelo/ a, o el cónyuge o ex cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición.*
2. If the minor stops living with you, you are required to notify any school, health care provider, mental health care provider, health insurer or other person to whom you have given this affidavit. / *Si el menor deja de vivir con usted, usted tiene obligación de notificar a las escuelas, a los proveedores de atención médica, a los proveedores de atención de salud mental, a los aseguradores de salud y a toda otra persona a quien le haya entregado esta declaración jurada.*
3. If you do not have the information requested in Item 8, provide another form of identification such as your social security number or medicaid number. / *Si no tiene la información que pide el Punto 8, proporcione otra forma de identificación, como número de seguro social o número de Medicaid.*

TO HEALTH CARE PROVIDERS AND HEALTH CARE SERVICE PLANS:

PARA PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA:

1. No person who acts in good faith reliance upon a caregiver's authorization affidavit to provide medical, dental or mental health 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 basándose en la declaración jurada de autorización de un cuidador para proporcionar atención médica, dental o de salud mental, sin conocimiento real de hechos contrarios a aquellos establecidos en la declaración jurada, estará sujeta a responsabilidad penal o a responsabilidad civil hacia ninguna persona, ni estará sujeta a ninguna acción disciplinaria profesional por apoyarse en la declaración jurada si esta contiene la información completa en las secciones correspondientes del formulario.*
2. This affidavit does not confer dependency for health care coverage purposes.” / *Esta declaración jurada no confiere dependencia para propósitos de cobertura de atención médica.”*