

B ضمیمه

فورم های مهم

دستورالعمل برای تفویض صلاحیت والدین (DPA)

گام اول: آماده کردن DPA

از روند «تفویض صلاحیت والدین خودتان انجام دهید» استفاده کنید.

گام دوم: امضای DPA

قانون میشیگان می‌گوید که تفویض صلاحیت والدین بدون امضای دفتر اسناد رسمی یا شاهدان اعتبار دارد. با این حال، بعضی پزشکان، کارمندان مکاتب یا ادارات دیگر ممکن ترجیح بدهند که صرف بعد از تأیید و امضا شاهدان دفتر اسناد رسمی (نوتورایز) این فورم را قبول کنند. ولی بازم اگر می‌توانید شاهدان و دفتر اسناد رسمی را پیدا کنید، بهتر است تحت نظر آنها فورم را امضا کنید تا اعتبار آن بالا برود.

برخی ایالت‌های دیگر مقررات شان فرق میکند و ایجاب مینماید که DPA توسط شاهدان تأیید و دفتر اسناد رسمی امضا شود. اگر فورم شما تأیید و دفتر اسناد رسمی امضا شود، احتمال پذیرفته شدن آن در ایالت‌های دیگر در صورت نیاز افزایش می‌یابد. باید خاطر نشان ساخت که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، مدارس و دیگرانی که از این فورم استفاده میکنند، معمولاً متخصصان حقوقی نیستند و ممکن است با وجود اینکه این فورم را بدون امضای شاهدان و دفتر اسناد رسمی قبول کنند، در قسمت تطبیق این فورم تردید نمایند. پس تأیید و امضای فورم توسط شاهدان و دفتر اسناد رسمی ممکن است دفاتر پزشکان و مدارس را مطمئن کند که این فورم معتبر است.

دفاتر اسناد رسمی که، در حضور آنها فورم را امضاء می‌توانید امضاء و اعتبار آن را بالا ببرید، شامل دفاتر منشی ناحیه، بانک‌ها، اتحادیه‌های پولی و اعتباری، وکالت خانه‌ها و شرکت‌های بیمه می‌باشند. برخی از دفاتر اسناد رسمی فقط اسناد را به عنوان بخشی از شغل خود امضا می‌کنند. ابتدا با آنها تماس بگیرید تا مطمئن شوید که دفتر اسناد رسمی آماده کمک با این نوع اسناد است و ببینید آیا هزینه‌ای برای این کار دریافت می‌کنند یا خیر.

اگر می‌خواهید فورم شما توسط دفتر اسناد رسمی امضا شود، فورم را حتماً در حضور مامور دفتر اسناد رسمی امضاء کنید و دوم اینکه همیشه دو نفر شاهد با خود داشته باشید. باید شاهدان و مامور دفتر اسناد زمانیکه در پایین صفحه اول جایی که نوشته شده «امضای والدین»، امضا میکنند، ناظر و شاهد باشند. بعد از امضای شما (و والد دیگر، در صورت که هر دو نفر والدین باید امضا کنند)، شاهدان باید در بالای صفحه دوم جایی که نوشته شده «شاهدان» امضا کنند و سپس نام شان را به صورت واضح در خط مستقیم زیر امضای خود بنویسند. پس از امضای شما و شاهدان، فورم را به مامور دفتر اسناد رسمی بدهید تا او هم بخش مربوط به خود را تکمیل کند.

اگر از شاهدان و دفتر اسناد رسمی استفاده نمی‌کنید، فقط در پایین صفحه اول، جایی که نوشته شده «امضای والدین»، امضا کنید.

گام سوم: این مرحله حتمی نیست: ضمیمه کردن اسناد مراقبت‌های بهداشتی

اگر اطلاعاتی درباره ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و اطلاعات پزشکی فرزندانان وارد کرده‌اید، این اطلاعات معمولاً در فورمی به نام «ضمیمه اطلاعات بهداشتی» ارایه می‌شوند. این صفحه الزامی نیست، اما می‌تواند برای فردی که به عنوان مراقبت کننده خدماتی نام برده‌اید، مفید باشد.

همچنین بهتر است مراقبت کننده یک نسخه از کارت بیمه پزشکی فرزندانان را داشته باشند. اگر می‌خواهید از قسمت جلویی و پشت کارت بیمه یک کپی بگیرید، آن را پس از ضمیمه اطلاعات بهداشتی اضافه کنید.

گام چهارم: تصمیم‌گیری درباره نگهداری نسخه اصلی DPA

DPA را در یک جای محفوظ نگهداری کنید. اگر نماینده شما (فردی که برای مراقبت از فرزندان نام برده‌اید) می‌خواهد فوراً از این فورم استفاده کند، نسخه اصلی را به او بدهید.

برخی افراد که فرزندشان را نزد فرد نام برده در فورم، برای مراقبت نمی‌گذارند، بهتر است نسخه اصلی را نزد خود نگه دارند.

استفاده فورم به این ارتباط دارد که چگونه می‌خواهید طرز مراقبت را پیش ببرید و چه چیزی برای شما بهتر به نظر می‌رسد. نگه داشتن فورم نزد خودتان تضمین می‌کند که فرد نام برده‌شده پیش از وقت معین، ادعای صلاحیت والدین را نکند. دادن فورم اصلی به فرد نام برده‌شده کمک می‌کند که وی در موقع عاجل و اضطراری فوراً تصمیم درست بگیرد و ضرورت نداشته باشد در موقع عاجل فورم را جستجو کند.

گام پنجم: نسخه‌های DPA تهیه و توزیع کنید

حداقل یک نسخه از DPA را تهیه کنید. یک نسخه را برای اسناد خودتان نگه دارید چون نسخه اصلی را به فردی که از فرزندان مراقبت می‌کند می‌دهید. مراقبت‌کننده در زمان استفاده از فورم به نسخه اصلی امضاشده نیاز خواهد داشت، بنابراین اگر شما ترجیح می‌دهید که نسخه اصلی را نزد خود نگه دارید، باید مطمئن باشید که فرد نام برده‌شده در فورم بداند چگونه در صورت بروز حالت اضطراری DPA را پیدا کند.

Delegation of Parental Authority/تفویض صلاحیت والدین

We, _____ and
Name of parent #1

_____, wish to temporarily
Name of parent #2

leave our minor child _____
name of child(ren)

in the care and custody of _____,
name of agent

who lives at _____,
Street address

_____, Michigan _____.
City zip code

We appoint and vest in our Agent full powers as a substitute parent, giving them the authority to do anything and everything required for our child's care. We also authorize our Agent to do any of the things that we, as a parent, could do on behalf of our child. We specifically authorize _____
Name of agent

to:

- (1) Consent to medical and/or dental care for our child;
- (2) Enroll our minor child in appropriate schools and/or educational programs;
- (3) Act or consent to any and all acts with respect to our child's health and well-being, except the power to consent to guardianship, adoption, or marriage.

This delegation of parental powers is given pursuant to MCL 700.5103, and will become effective on _____ . This power expires six (6) months from the date it begins or on my declaration, whichever comes first.

ما _____ و
نام والد اول (پدر یا مادر)

آرزو داریم که به _____
نام والدی دوم (مادر یا پدر)

طور موقت کودک کوچک خود را _____
نام کودک

تحت مراقبت _____
شخص مراقبت دهنده

که در آدرس آتی _____
آدرس

_____ می‌شیگان در زیپ _____
شهر زیپ کود

زندگی میکند قرار دهیم.

ما نماینده خود را تعیین کرده و تمامی اختیارات لازم را به عنوان والد جایگزین به او تفویض می‌کنیم، به طوری که بتواند هر کاری که برای مراقبت از فرزند ما لازم است، انجام دهد. همچنین ما به نماینده خود اختیار می‌دهیم که هر کاری که ما به عنوان والدین می‌توانیم برای فرزندمان انجام دهیم، او هم بتواند به نمایندگی ما انجام دهد. ما به طور خاص _____ اجازه می‌دهیم که:
نام نماینده

۱. به مراقبت‌های پزشکی و/یا دندان‌پزشکی برای فرزند ما رضایت دهد؛
۲. فرزند خردسال ما را در مکتب و/یا برنامه‌های آموزشی مناسب ثبت‌نام کند؛
۳. به استثناء صلاحیت دادن قیمومیت، فرزندخواندگی، یا ازدواج در هر مورد دیگر اقدام یا رضایت مربوط به سلامت و رفاه فرزند ما عمل کند.

این تفویض اختیار والدین مطابق با ماده 700.5103 MCL داده شده است و از تاریخ----- اعتبار دارد. این صلاحیت شش (۶) ماه از تاریخ شروع ویا به تقاضای خود من، هر کدام که زودتر باشد، منقضی می‌شود.

امضایی والدین/Signature of Parents:

_____/s/
 پدر (والد اول)/Parent

_____/s/
 مادر (والد دوم)/Parent

NOTE: Michigan does not require this document to be witnessed and notarized. If you wish to have this form witnessed and notarized, do so here:

توجه: در ایالت میشیگان ضروری نیست که این سند مورد تأیید شاهدان و دفتر اسناد رسمی قرار گیرد. اگر باز هم مایل هستید این فرم را توسط شاهدان و دفتر اسناد رسمی تأیید کنید، ذیلاً فورم را پر کنید:

شاهدان/Witnesses:

_____/s/ _____/s/

Print name of witness 1, if any:

Print name of witness 2, if any:

نام شاهد را بنویسید:

نام شاهد را بنویسید:

(STATE OF MICHIGAN/ایالت میشیگان

(ریاست ناحیه/COUNTY _____

Acknowledged before me and the witnesses, _____ and _____ in
_____ County, Michigan, on _____ by _____
County name *witness #1 name* *witness #2 name*
and _____ by: _____
Parent #2 name *Date* *Parent #1 name*

تایید میکند که در حضور من و شاهدان _____ و _____
_____ در مقرر ناحیه _____ ایالت میشیگان به تاریخ _____
_____ توسط _____
نام ناحیه _____
_____ و _____
شاهد اول _____
شاهد دوم _____
والد اول _____
والد دوم _____

_____/s/

مامور تایید سند رسمی عامه/Notary public: _____
State of Michigan, County of _____.

نام ناحیه ایالت میشیگان: _____

My commission expires _____

اختیار تایید سند رسمی من تا تاریخ ذیل اعتبار دارد: _____

Health Information Addendum/ضمیمه معلومات رسمی صحی

Health Insurance Information Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	ضمیمه بیمه صحی معلومات شرکت بیمه: نام: _____ شماره مسلسل بیمه: _____ شماره گروپ بیمه: _____
Hospital Preference Name: _____ Address: _____ _____	معلومات شفاخانه: نام: _____ آدرس: _____ _____
Health Care Providers Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ _____ Phone number: _____	دكتور صحی: نوعیت و تخصص داکتر: _____ نام داکتر: _____ آدرس: _____ _____ شماره تیلیفون: _____

Information about Medical Conditions

معلومات در مورد حالت صحی:

_____:Allergies/الرژی

_____:medical conditions/حالت صحی

_____:Medications/ادویه مورد استفاده

_____:May NOT have the following medications/باید این مریضی ها را نداشته باشد

_____:Other health information/سایر معلومات صحی

نماینندگی اختیار والدین رضایت از مراقبت از فرزند من

(۱) من، _____، یکی از والدین نگهدارنده،

اسم والدین

_____، با تاریخ تولد _____، بر اساس MCL 700.5103، تمام اختیارات

اسم کودک

تاریخ تولد کودک

والدین را در مورد مراقبت از فرزند خردسال، از جمله اما محدود نه به حق طلب مراقبت های صحی، دندان، یا روانشناسی و ثبت نام کودک خردسال در مکتب به موارد زیر تفویض کنید:

اسم نگهدارنده جدید

(۲) هدف صریح این قدرت این است که به مامور اجازه دهد تا تمام کارهای لازم را برای اطمینان از مراقبت ایمنی و موثر از فرزندم، و انجام تمام کارهای لازم برای مراقبت از او بچه یا دختر انجام دهد. دلیل این قرار دادن برای اهداف آموزشی نیست.

(۳) این وکالتنامه به _____ صلاحیت رضایت به ازدواج به شخص دیگر فرزندخواندگی را نمی دهد.

اسم نگهدارنده جدید

(۴) این وکالتنامه برای مدتی که بیش از 180 روز نافذ خواهد بود و پس از آن مدت می تواند توسط امضاء کنندگان دوباره تجدید شود.

(۵) صلاحیت اعطا شده توسط این سند ممکن است در هر زمان به دستور _____ لغو شود.

اسم والدین

تاریخ:

امضاء والدین

تاریخ:

شاهد

شاهد

ایالت میشیگان (ss

شهر (

در _____ روز _____، ۲۰____، _____، شخصاً در حضور من حاضر شد و سند فوق را امضاء کرد و این عمل را به اراده خود اش انجام داد.

امضاء

نام:

دفتر اسناد رسمی عامه، ایالت میشیگان، شهر _____

سرپرستی در شهر _____

کمیسیون من تمام می شود _____