

ایالت نیویورک
دفتر خدمات کودکان و خانواده
تخصیص شخص در رابطه والدینی
به دنبال بخش 1551-5 از قانون تعهدات عمومی ایالت نیویورک

1. من، _____ بدین وسیله بیان می‌دارم که من والد کودک/کودکان/شخص (اشخاص) از کار افتاده نامبرده در بخش زیر هستم و هیچ حکم دادگاهی اکنون در هیچ حوزه قضایی نافذ نیست که من را از اعمال اختیاری که به دنبال مجاز شمردن آن هستم منع نماید.

2. آدرس و شماره تلفون (ها)ی که من از طریق آنها در طی نافذ بودن این تخصیص در دسترس هستم شامل:

آدرس:

تلفون: خانه () کار ()
دیگر ()

3. من موقتاً _____ شخصی که بالای هجده سال سن دارد و ساکن _____ نیویورک، _____ با نمبر تلفون _____ مراقبت از کودک/کودکان/شخص (اشخاص) از کار افتاده زیر: _____

نام:	تاریخ تولد:
نام:	تاریخ تولد:
نام:	تاریخ تولد:
نام:	تاریخ تولد:

4. هر مقامی که طبق این فرم به شخصی با نسبت والد سپرده می‌شود معتبر خواهد بود (کادر مناسب و اولیه را تیک بزنید):

a. به مدت 12 ماه از تاریخ امضای این تخصیص، یا تا تاریخ لغو آن، هر کدام از این دو مورد نخست رخ دهد (باید آدرس‌ها و نمبر تلفون های تمام طرفین گنجانده و تمام طرفین در حضور دفتر اسناد رسمی آنها را امضاء کنند)، یا

b. به مدت 30 روز از تاریخ امضای این تخصیص، یا تا تاریخ لغو، هر کدام که نخست رخ دهد، یا

c. از _____ / _____ / _____ (تاریخ) تا زمانی که و شامل _____ / _____ / _____ (تاریخ)، یا تا تاریخ لغو، هر کدام نخست رخ دهد، یا

ت. آغاز با _____ (اتفاق را ذکر کنید) و ادامه می‌یابد تا _____ یا تا تاریخ لغو، هر کدام که اول رخ دهد.

5. اما در مورد کودک/کودکان/شخص (اشخاص) از کار افتاده مذکور، شخصی که نسبت والدینی با نامبرده دارد مجاز است به: (چک کردن موارد مربوطه)

- مرور سوابق مدرسه
- ثبت نام در مدرسه
- موجه کردن غیبت‌ها از مدرسه
- رضایت به شرکت در برنامه مدرسه و/یا فعالیت با حمایت مالی مدرسه
- رضایت به مراقبت پزشکی مربوط به مدرسه*
- ثبت نام در طرح‌های سلامت
- رضایت به ایمنی سازی*
- رضایت به مراقبت سلامت عمومی*
- رضایت به رویه‌های پزشکی*
- رضایت به مراقبت دندان
- رضایت به غربالگری رشدی
- رضایت به آزمایش و/یا درمان سلامت روان

* به جز موارد ممنوع شده توسط بخش 2504 از قانون صحت عمومی

هر یک از مجوزهای مذکور قابل محدود شده توسط شرایطی هستند که توسط بیمار تعریف می‌شود و در صورت محدود شدن، این محدودیت‌ها در بخش زیر نوشته می‌شود (برای مثال، ممکن است والد مجوز ارائه رضایت را برای آزمایش سلامت روان ارائه دهد، که مشمول این شرط است که نتوان از طریق تلفون یا دیگر ابزار الکترونیک به آنها دست یافت).

6. من همچنین شخصی را که دارای رابطه والدینی است را مجاز به ارائه درخواست، دریافت و مرور، و دریافت دسترسی کامل و محدود به و دریافت کپی‌هایی حاوی اطلاعات محرمانه از هر یا تمام اطلاعات سلامت، پزشکی و مالی و/یا هر معلومات و/یا سوابقی که در CFR. §164.501 45 تعریف شده است و ضابطه مند کردن آن توسط حریم خصوصی اطلاعات صحتی قابل شناسایی فردی که در 65 فدرال رزرو یافت شده است می‌نمایم. Reg. 82462 چنانکه مورد حفاظت سوابق خصوصی هست و در غیر این حالت تحت پوشش قانون قابلیت حمل و پاسخگویی بیمه صحت 1996 (HIPAA)، قانون عمومی 104-191 برای هر کودک/شخص از کار افتاده لست شده در پاراگراف 3 است. من متوجه هستم که معلومات مندرج در چنان سوابق سلامت و پزشکی می‌تواند شامل اطلاعات مربوط به بیماری‌های مقاربتی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، عارضه ناشی از (AIDS) (ARC) و ویروس نقص اکتسابی انسانی (HIV)، خدمات سلامت رفتاری و روان، درمان برای مصرف الکل و/یا سوء مصرف مواد و/یا اعتیاد باشد. من همچنین متوجه هستم که به یک حساب معلومات مورد استفاده برای افشاء چنانکه در CFR §164.524, et seq 45 ارائه شده است دسترسی دارم. من همچنین متوجه هستم که مجاز کردن افشای این معلومات سلامت امری اختیاری است و من می‌توانم از امضای این مجوز خودداری کنم. من همچنین متوجه هستم که هر افشایی از این معلومات حاوی پتانسیل افشای غیرمجاز بیشتری از این اطلاعات توسط یک شخص ثالث است که چنین افشایی نمی‌تواند مورد محافظت HIPAA قرار گیرد. به منظور اجبار طرف افشاء کننده به افشای معلومات خصوصی و/یا محرمانه مورد محافظت مذکور، من برای همیشه برای همیشه این مطالب را نشر می‌دهم و طرف افشاء کننده را که برای مصونیت از هر مسئولیتی تحت قوانین محرمانگی ناشی از HIPAA به عنوان عواقب افشاء را ایمن می‌دارم.

7. اطلاعیه به والدین و افراد در رابطه والدینی: مجاز سازی بر اساس این فرم تا زمان لغو قبلی توسط والد یا تاریخ مشخص شد در پاراگراف 4 معتبر است. هر والدی که این فرم را امضاء کند می‌تواند چنین مجوزی را لغو کند و می‌تواند مدارس مربوطه و ارائه دهندگان مراقبت سلامت را از این لغو آگاه نماید. شخصی که دارای نسبت والدینی است که در مورد چنان لغوی اطلاعیه دریافت می‌نماید سریعاً هر مدرسه، ارائه دهنده خدمت سلامت یا طرح سلامتی که به آن مجوزی به دنبال این تقسیم بندی ارائه شده است را از این امر مطلع می‌نماید. در صورتی که شخص دارای نسبت والدینی دریافت کنندگان مجوز یا لغو را مطلع نسازد، این امر باعث بی اثر شدن اطلاعیه لغو توسط والد نخواهد شد.

این مجوز موقتی است، اما می‌تواند توسط والد(ین) تمدید شود. اما، والدین و افرادی که رابطه والدینی داشته و در ترتیبات بلند مدت مراقبتی دخیل هستند ممکن است به دنبال ترتیبات قانونی از طریق آغاز یک رویه قضایی به منظور تعیین سرپرستی یا برای حضانت باشند.

توجه: اگر مجوز برای مدتی بیش از 30 روز استتمام امضاهای زیر باید در دفتر اسناد رسمی ثبت شوند.

مورخ: _____ / / _____ (امضای والد)

قسم یاد کرده در مقابل من در

روز _____ 20 _____

دفتر اسناد رسمی

8. من، _____، همچنین والد کودک/کودکان/شخص (اشخاص) از کار افتاده مذکور در این نوشت، یک حکم دادگاه وجود دارد با این دستور که هر دو والد باید در زمینه تحصیلات و/یا تصمیمات سلامتی در زمینه چنین کودک/کودکان/شخص (اشخاص) از کار افتاده‌ای موافقت کنند و من بدین وسیله در زمینه این تخصیص با امضای بخش زیر رضایت می‌دهم.

آدرس و شماره تلفون(ها)ی که من از طریق آنها در طی نافذ بودن این تخصیص در دسترس هستم شامل:

آدرس: _____

تلفون: خانه _____ - () _____ کار: _____ - () _____
دیگر: _____ - () _____

مورخ: _____ / / _____ (امضای والد)

قسم یاد کرده در مقابل من در

روز _____ 20 _____

دفتر اسناد رسمی

9. من، _____، شخص _____،
تخصیص داده شده در رابطه والدینی برای کودک/کودکان/شخص (اشخاص) از کار افتاده نامبرده شده در این نوشته، بدین وسیله از
طریق امضای زیر برای این تخصیص رضایت خود را اعلام می‌نمایم.

مورخ: _____ / _____ / _____ امضاء _____

قسم یاد کرده در مقابل من در

_____ روز _____
20 _____

دفتر اسناد رسمی _____

دستورالعمل‌های مربوط به تخصیص شخص در رابطه والدینی به دنبال بخش 1551-5 قانون تعهدات عمومی ایالت نیویورک.

هدف از این فرم:

اگر نمی‌توانید این کار را برای خود برای یک دوره زمانی خاص انجام دهید، این فرم به شما اجازه می‌دهد شخص دیگری را برای اتخاذ تصمیمات پزشکی و آموزشی برای کودک و کودکان یا شخص (اشخاص) از کار افتاده تحت مراقبت خود تخصیص دهید. این مجوز تنها می‌تواند برای حداکثر یک دوره 12 ماه مورد استفاده قرار گیرد. اگر شما مجبور به قرار دادن کودک (کودکان) خود یا شخص (اشخاص) از کار افتاده تحت سرپرستی شخصی دیگر به مدت بیش از 12 ماه هستید، می‌توانید دیگر گزینه‌ها را نیز در این زمینه در نظر بگیرید.

اگر حکم دادگاهی وجود دارد که هر دو والد را ملزم به موافقت در زمینه آموزش و/یا تصمیمات سلامت مربوط به کودک (کودکان) می‌نماید، هر دو والد باید این فرم را امضاء کنند. در غیر اینصورت، تنها امضای یک والد مورد نیاز است.

شما تمام حقوقی والدینی خود را با این مجوز همچنان حفظ می‌کنید و می‌توانید این مجوز را در هر زمانی که می‌خواهید لغو کنید. شخصی که شما تخصیص داده‌اید قادر به صحبت با مدرسه، معلمان و ارائه دهندگان خدمات پزشکی مدرسه کودک (کودکان) شما خواهد بود و قادر به اتخاذ تصمیمات روتین خواهد بود. شخصی که شما تخصیص می‌دهید قادر به ارائه رضایت برای عمل جراحی یا رویه‌های پزشکی عمده دیگری نخواهد بود اما قادر به رضایت در زمینه مسائل پزشکی روتین خواهد بود. اگر شما نمی‌خواهید که شخصی را که تخصیص می‌دهید قادر به اتخاذ تصمیماتی خاص از قبیل تصمیمات در زمینه ایمن سازی نباشد، می‌توانید از طریق این فرم آن را مشخص کنید. اگر شخصی را که شما تخصیص می‌دهید تصمیمی در زمینه کودک (کودکان)/شخص (اشخاص) از کار افتاده شما بگیرد که شما با آنها موافق نیستید، می‌توانید این تصمیم را تغییر دهید.

شخص تخصیص یافته باید با اینکه «شخصی در مقام والد» باشد موافقت کند و او ملزم به قبول مسئولیت حمایت ملای از کودک(کودکان)/شخص (اشخاص) از کار افتاده نیست. اگر شخص در بخش مدرسه دیگری ساکن است، کودک (کودکان) مجبور به تغییر بخش مدرسه نخواهد بود. در صورت مرگ یا از کار افتادن شما، این تخصیص بخ طور خودکار خاتمه می‌یابد.

دستورالعمل‌ها برای استفاده از این فرم:

پاراگراف 1: نام قانونی کامل خود را در بخش معین شده پر وارد کنید. اگر حکم دادگاهی باشد که هر دو والد را ملزم به امضاء می‌نماید، والد دیگر نام خود را باید در بخش مشخص شده در پاراگراف 7 وارد کند.

پاراگراف 2: بخش آدرس و نمبر تلفون خود را تکمیل کنید. اگر این معلومات گنجانده نشود، مجوز برای بیش از 30 روز معتبر نخواهد بود. از آدرسی که در آن در طی دوره نافذ بودن این مجوز ساکن هستید استفاده کنید حتی اگر مکان سکونت قانونی شما نباشد. برای مثال، اگر این مجوز باید در ضمن بستری شدن شما استفاده شود، شما می‌توانید از آدرس بیمارستان استفاده کنید.

پاراگراف 3: نام، آدرس، نمبر تلفون شخصی را که می‌خواهید تخصیص دهید به عنوان شخص قادر به اتخاذ تصمیمات آموزشی و/یا سلامتی برای کودک (کودکان)/شخص از کار افتاده خود، وارد کنید. نام و تاریخ تولد هر کودک/شخص از کار افتاده‌ای مدنظری را وارد کنید.

پاراگراف 4: از طریق تیک زدن کادر مناسب و درج حروف اول نام خود در کنار آن مشخص کنید که تمایل دارید این مجوز چه مدت اعتبار داشته باشد. به یاد داشته باشید که شما همیشه می‌توانید این تخصیص را در صورت تمایل لغو کنید. معلومات در زمینه نحوه انجام این کار که در پایان این دستورالعمل‌های گنجانده شده است.

- اگر می‌خواهید این تخصیص برای مدت 12 ماه معتبر باشد از **(a) استفاده کنید**. اگر این گزینه را انتخاب می‌کنید، باید آدرس و نمبر تلفون والدین و فرد دیگر را ارائه دهید و تمام امضاها باید مورد امضای دفتر اسناد رسمی قرار گیرد.

- اگر می‌خواهید این تخصیص برای مدت 30 ماه معتبر باشد از **(b) استفاده کنید**. شما مجبور به گنجاندن آدرس و نمبرهای تلفون به همراه این شماره نیستید، اما پیشنهاد می‌شود که شما در صورت نیاز ارائه دهندگان خدمت پزشکی و آموزشی به تماس با شما این کار را انجام دهید.

- اگر نیاز به استفاده از تاریخ‌های خاصی دارید، برای یک دوره کوتاهتر از 30 روز، از **(c) استفاده کنید**. به یاد داشته باشید که این تخصیص نمی‌تواند برای بیش از 12 ماه استفاده شود، و اگر می‌خواهید بیش از 30 روز معتبر باشد باید آدرس‌ها، نمبرهای تلفون و امضاها دفتر اسناد رسمی را بگنجانید.

- اگر می‌خواهید که این تخصیص زمانی شروع شود که موردی خاص مانند بستری شدن خودتان رخ می‌دهد از **(d) استفاده کنید**. برای این منظور، شما این اتفاق خاص را در اولین بخش مخصوص این معلومات وارد می‌کنید (مثال: «هنگامی که من به یک بیمارستان پذیرش می‌شوم») و تاریخ یا حادثه‌ای را که طی آن تخصیص باید در بخش مخصوص می‌نویسم (مثال: «30 روز بعد» یا «هنگامی که من از بیمارستان آزاد می‌شوم»). مجدداً، اگر می‌خواهید به مدت بیش از 30 روز معتبر باشد باید آدرس‌ها، نمبر تلفون‌ها، و امضاها دفتر اسناد رسمی را بگنجانید.

پاراگراف 5: هر یک از مواردی را که تمایل دارید فرد مورد تخصیص شما قادر به انجام آن باشد را لیست کنید. هر موردی را نمی‌خواهید اجازه دهید فرد مورد تخصیص شما انجام دهد را خط بزنید و حرف اول آن را بنویسید. اگر موارد دیگری وجود دارد که می‌خواهید از انجام آن توسط این شخص جلوگیری کنید، از خطوط خالی زیر لیست به منظور نوشتن این موارد استفاده کنید. برای مثال، اگر می‌خواهید با شما قبل از هر آزمایش سلامت روان تماس گرفته شود می‌توانید آن را در بخش مخصوص مربوط به آن بنویسید.

پاراگراف 6: این پاراگراف به فرد امکان می‌دهد که به سوابق پزشکی و معلومات پزشکی کودک (کودکان) شما/شخص (اشخاص) از کار افتاده دسترسی یابد.

پاراگراف 7: این پاراگراف معلوماتی درباره این فرم ارائه می‌دهد. این والد که نام او در پاراگراف 1 ظاهر می‌شود سپس فرم را امضاء و تاریخ می‌زند. در صورتی که این مجوز باید برای مدتی بیش از 30 روز نافذ باشد، این امضاء باید مورد تایید دفتر اسناد رسمی قرار گیرد. در این مورد، شما باید پیش از امضای فرم آن را به یک دفتر اسناد رسمی ببرید و فرم را در مقابل این دفتر اسناد امضاء کنید که سپس همچنین این فرم را برای اشاره به اینکه امضای شما را مشاهده کرده‌اند امضاء می‌کنند. اگر شما این کار را انجام ندهید، مجوز به طور خودکار پس از 30 روز منقضی می‌شود.

پاراگراف 8: اگر حکم دادگاهی نافذ باشد که هر دو طرف را ملزم به توافق در زمینه آموزش و/یا تصمیمات سلامت مربوط به کودک (کودکان) نماید، آنگاه والد دیگر نام قانونی کامل، آدرس و نمبر تلفون خود را در بخش مربوطه وارد خواهد نمود. اما در صورتی که مجوز برای یک دوره 30 روزه یا کمتر باشد والد اول مجبور به ارائه آدرس و نمبر تلفون خود نیست، اما می‌تواند این را بخواهد. اگر بخواهند که این مجوز بیش از 30 روز معتبر باشد باید این معلومات را ارائه دهند و این فرم را در مقابل دفتر اسناد رسمی امضاء کنند. اگر هیچ حکم دادگاهی نافذ نیست که دو طرف را ملزم به موافقت نماید، شما می‌توانید این پاراگراف را خالی بگذارید.

پاراگراف 9: نام قانونی کامل فرد مورد تخصیص «در نسبت والدینی» با کودک (کودکان)/شخص (اشخاص) مورد تخصیص را وارد کنید. سپس آنها فرم را امضاء کرده و تاریخ می‌زنند تا موافقت خود را با اینکه شخص در نسبت والدینی باشد نشان دهد. اگر بخواهند که این مجوز بیش از 30 روز اعتبار داشته باشد، باید این فرم را در مقابل دفتر اسناد رسمی نیز امضاء کنند.

معلومات دیگر:

- درمان پزشکی اصلی: فردی که شما تخصیص می‌دهد نمی‌تواند برای انجام «درمان پزشکی مهم» که عبارت است از هر مداخله پزشکی، جراحی یا تشخیصی یا رویه‌ای که طی آن یک بی‌حس کننده عمومی استفاده می‌شود یا شامل هر ریسک مهم یا هر ایجاد جراحت در بدن که مستلزم بریدن یا درد زیاد، ناراحتی، ناتوان سازی یا دچار یک دوره ریکاوری عمده شدن باشد، رضایت دهد. این کار شامل این موارد است: هر تشخیص یا درمان روتین از قبیل ارائه داروهای غیر از شیمی درمانی برای عارضه‌های غیر روانپزشکی یا تغذیه یا استخراج مایعات بدن برای تحلیل؛ الکتروشوک درمانی؛ مراقبت از دندان با استفاده از بی‌حسی موضعی؛ هر رویه‌ای که تحت شرایط اورژانس ارائه می‌شود، به دنبال بخش بیست و دو هزار و چار قانون سلامت عمومی؛ انصراف یا عدم ادامه درمان که کارکردهای زندگی را ادامه می‌بخشد؛ یا استریلیزاسیون یا خاتمه دادن به بارداری.

برای مثال، فردی که تخصیص یافته می‌تواند برای دریافت رویه‌های درمان دندان استاندارد توسط کودک/شخص از کار افتاده رضایت دهد، اما نمی‌تواند برای جراحی دندان رضایت دهد که در آن فرد باید در طی رویه درمانی بیهوش شود مانند مورد کشیدن دندان‌های عقل. رضایت والد همچنان برای انجام رویه‌های درمانی عمده نیاز است.

- لغو تخصیص: به منظور لغو این مجوز، شما به سادگی باید به فردی که تخصیص داده‌اید بگویید که می‌خواهید این کار را انجام دهید و آنها باید به ارائه دهندگان خدمات آموزش و پزشکی مناسب اطلاع دهند که مجوز خاتمه یافته است. در حالی که والد مجبور به انجام این کار به طور کتبی نیست یا ملزم به اطلاع دادن به ارائه دهندگان خدمات آموزشی و پزشکی به کودک/شخص (اشخاص) از کار افتاده در زمینه لغو این مجوز نیست، ممکن است بخواهند این امور را انجام دهند تا هیچ سردرگمی وجود نداشته باشد. اگر دو والد این فرم را امضا کنند، هر والد می‌تواند این تخصیص را به تنهایی لغو کند و شما نیاز به هر دو والد ندارید.