

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ОБЯЗАННОСТЕЙ
Согласно разделу 5-1551 закона «Об обязательствах общего характера» штата Нью-Йорк.

1. Я, _____, настоящим заявляю, что являюсь родителем указанного (-ых) ниже ребенка / детей / недееспособного (-ых) лица (лиц), и в настоящий момент отсутствуют какие-либо действующие постановления суда любой юрисдикции, которые предусматривали бы запрет на осуществление мной полномочий, передаваемых в соответствии с настоящим документом.

2. Адрес и номер (-а) телефона (-ов), по которым со мной можно связаться в период действия настоящего назначения лица:

Адрес: _____

Телефон: Домашний () Рабочий ()
Другой () _____

3. Я временно поручаю _____, лицу в возрасте старше восемнадцати лет, проживающему по адресу _____, Нью-Йорк, _____ номер телефона () _____, опеку над указанным (-и) ниже ребенком / детьми / недееспособным (-и) лицом (-ами):

ИМЯ И ФАМИЛИЯ:	ДАТА РОЖДЕНИЯ:

4. Любые полномочия, предоставленные в соответствии с настоящей формой указанному лицу, выполняющему родительские обязанности, действуют (отметить соответствующее поле и указать инициалы):

____ а. в течение 12 месяцев с даты подписания настоящей формы о назначении лица либо до даты ее отзыва, в зависимости от того, какая дата наступит раньше (в форме должны быть указаны адреса и номера телефонов всех сторон, и она должна быть подписана всеми сторонами в присутствии нотариуса); или

____ b. в течение 30 дней с даты подписания настоящей формы о назначении лица или до даты ее отзыва, в зависимости от того, какая из этих дат наступит раньше; или

____ c. с ____ / ____ / ____ (дата) включительно ____ / ____ / ____ (дата), либо до даты отзыва назначения лица, в зависимости от того, какая из дат наступит раньше; или

____ d. начиная с _____
(указать событие) и до _____ или до даты
отзыва назначения лица, в зависимости от того, какая из дат наступит раньше.

5. В отношении указанного (-ых) выше ребенка / детей / недееспособного (-ых) лица (лиц) лицо, выполняющее родительские обязанности, вправе совершать следующие действия: (отметить все подходящие пункты)

- проверять школьные документы
- записывать в школу
- предоставлять обоснование для пропуска школьных занятий
- предоставлять согласие на участие в школьной программе и (или) организуемых школой мероприятиях
- предоставлять согласие на медицинские услуги, оказываемые в связи с посещением школы*
- подписывать на планы медицинского страхования
- предоставлять согласие на вакцинацию*
- предоставлять согласие на оказание общих медицинских услуг*
- предоставлять согласие на медицинские процедуры*
- предоставлять согласие на стоматологическое лечение
- предоставлять согласие на оценку развития
- предоставлять согласие на психиатрическое обследование и (или) лечение

* Кроме случаев, запрещенных в соответствии с разделом 2504 закона «Об общественном здравоохранении» (Public Health Law).

Любые из вышеуказанных полномочий могут быть ограничены предусмотренными родителем условиями, и в таком случае ограничения письменно указываются ниже (например, родитель может предоставить право на предоставление согласия на психиатрическое обследование в том случае, если с ним невозможно связаться по телефону или с использованием иных электронных средств связи).

6. Я также уполномочиваю лицо, выполняющее родительские обязанности, запрашивать, получать, просматривать любую информацию о состоянии здоровья, медицинскую информацию, финансовую информацию и (или) информацию и (или) документы, предусмотренные в § 164.501 45 CFR (Свод федеральных решений) и регулируемые Стандартами обеспечения конфиденциальности личной медицинской информации, предусмотренными в п. 82462 т. 65 Федерального реестра, в качестве защищенной законом личной документации, либо в ином порядке упоминаемые в «Законе о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 г., Публичный закон 104-191, а также получать полный и неограниченный доступ к такой информации и получать полнотекстовые экземпляры такой информации или документов без редакции в отношении каждого ребенка / недееспособного лица, указанного в п. 3 выше. Я понимаю, что информация, содержащаяся в таких документах о состоянии здоровья или медицинских документах, может включать информацию, связанную с заболеваниями, передающимися половым путем, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), СПИД-ассоциированным комплексом и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), медицинскими услугами, связанными с поведенческой терапией или психиатрической помощью, лечением злоупотребления алкоголем и (или) наркотиков или алкогольной и (или) наркотической зависимости. Я также понимаю, что могу иметь доступ к информации, которая подлежит использованию или раскрытию в соответствии с § 164.524 45 CFR и далее, и (или) получать отчет о такой информации. Я также понимаю, что предоставление разрешения на раскрытие такой медицинской информации является добровольным и что я могу отказаться подписывать настоящее разрешение. Я также понимаю, что любое раскрытие такой информации влечет за собой возможность последующего несанкционированного раскрытия указанной информации третьими лицами и что такое последующее раскрытие не подлежит защите в соответствии с HIPAA. В целях предоставления стороне, раскрывающей информацию, возможность раскрытия вышеуказанной личной и (или) защищенной законом конфиденциальной информации я навсегда предоставляю раскрывающей информацию стороне, которая при совершении такого действия опирается на настоящий документ, защиту и ограждение от ответственности в отношении любых обязательств, предусмотренных согласно правилам обеспечения конфиденциальности в соответствии с HIPAA и возникших вследствие указанного раскрытия информации.

7. УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И ЛИЦ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ РОДИТЕЛЬСКИЕ ОБЯЗАННОСТИ. Полномочия, предоставленные в соответствии с настоящей формой, действуют до даты, которая наступит раньше: их отзыв родителем или дата, указанная в п. 4 выше. Любой родитель, подписавший настоящее назначение лица, вправе отозвать его по своему желанию и может уведомить соответствующие школы и поставщиков медицинских услуг о таком отзыве. Лицо, выполняющее родительские обязанности, которое получило уведомление от родителя об отзыве полномочий, обязано уведомить об этом соответствующую школу, поставщика медицинских услуг или план страхования, которым была предоставлена данная форма в соответствии с настоящим подпунктом. Невыполнение лицом, выполняющим родительские обязанности, обязательства по уведомлению получателей настоящей формы о ее отзыве не влияет на действительность уведомления об отзыве со стороны родителя.

Полномочия предоставляются на ограниченный период времени, который может быть продлен родителем (-ями). Однако родители или лица, выполняющие родительские обязанности и являющиеся стороной долгосрочного соглашения об осуществлении опеки, могут оформить более постоянные правоотношения путем подачи ходатайства о начале судопроизводства с целью назначения опекуна или оформления попечительства

Примечание. Если полномочия предоставляются на период более 30 дней, все указанные ниже подписи должны быть заверены нотариусом.

Дата: ____ / ____ / ____ (Подпись родителя) _____

Подтверждено при мне под присягой

_____ 20 _____

Нотариус _____

8. Я, _____, также являюсь родителем указанного (-ых) в настоящей форме ребенка / детей / недееспособного (-ых) лица (лиц), и в соответствии с постановлением суда оба родителя обязаны предоставить согласие на принятие решений по вопросам, связанным с образованием или здоровьем данного (-ых) ребенка / детей / недееспособного (-ых) лица (лиц), и, подписывая настоящий документ в поле ниже, я настоящим предоставляю свое согласие.

Адрес и номер (-а) телефона (-ов), по которым со мной можно связаться в период действия настоящего назначения лица:

Адрес: _____

Телефон: Домашний () - _____ Рабочий: () - _____

Другой: () - _____

Дата: ____ / ____ / ____ (Подпись родителя) _____

Подтверждено при мне под присягой

_____ 20 _____

Нотариус _____

9. Я, _____, лицо, назначенное для выполнения родительских обязанностей в отношении ребенка / детей / недееспособного (-ых) лица (лиц), подписывая настоящий документ ниже, предоставляю свое согласие на такое назначение.

Дата: ____ / ____ / ____ Подпись _____

Подтверждено при мне под присягой

_____ 20 _____

Нотариус _____

Инструкции по НАЗНАЧЕНИЮ ЛИЦА, ВЫПОЛНЯЮЩЕГО РОДИТЕЛЬСКИЕ ОБЯЗАННОСТИ, в соответствии с разделом 5-1551 закона «Об обязательствах общего характера» штата Нью-Йорк

НАЗНАЧЕНИЕ ДАННОЙ ФОРМЫ.

С помощью данной формы вы можете назначить другое лицо для принятия решений по вопросам, связанным со здоровьем и образованием вашего (-их) ребенка (детей) или недееспособного (-ых) лица (лиц), которые находятся под вашей опекой, если в течение определенного периода времени вы сами не сможете принимать такие решения. Настоящее назначение может действовать не более 12 месяцев. Если вам необходимо поместить своего (-их) ребенка (детей) / недееспособное (-ых) лицо (лиц) под опеку какого-либо лица на период, превышающий 12 месяцев, вы можете рассмотреть другие варианты.

Если по постановлению суда решения, связанные с образованием и (или) здоровьем ребенка (детей), должны принимать оба родителя, данная форма должна быть подписана обоими родителями. В ином случае требуется подпись только одного родителя.

Предоставляя настоящее разрешение, вы сохраняете все родительские права и в любой момент можете аннулировать (отозвать) данное разрешение. Лицо, которое вы назначаете, сможет связываться со школой, учителями и поставщиками медицинских услуг вашего (-их) ребенка (детей) и принимать решения по стандартным вопросам. Назначаемое вами лицо не сможет предоставлять согласие на хирургическое вмешательство или проведение других инвазивных медицинских процедур, однако сможет предоставлять согласие в отношении стандартных медицинских вопросов. Если вы не хотите, чтобы назначаемое вами лицо было наделено полномочиями по принятию решений в отношении тех или иных вопросов, например решений о вакцинации, вы можете указать это в данной форме. Если вы не согласны с решением, которое назначенное вами лицо приняло относительно вашего (-их) ребенка (детей), вы можете отменить такое решение.

Назначаемое лицо должно предоставить согласие на получение статуса «лица с полномочиями по выполнению родительских обязанностей» и не обязано принимать на себя обязательства по оказанию финансовой помощи ребенку (детям) / недееспособному (-ым) лицу (-ам). Если такое лицо проживает в другом школьном округе, вам не придется менять школьный округ вашего (-их) ребенка (детей). В случае вашей смерти или наступления недееспособности настоящее назначение автоматически прекращает свое действие.

ИНСТРУКЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НАСТОЯЩЕЙ ФОРМЫ

Пункт 1. В соответствующем поле укажите свое полное официальное имя. В случае наличия судебного постановления, которое требует подписи обоих родителей, укажите имя второго родителя в соответствующем поле в п. 7.

Пункт 2. Укажите свой адрес и номер (-а) телефона (-ов). Если такая информация не указана, разрешение действительно не более 30 дней. Следует указать адрес, по которому вы будете находиться в течение периода действия данного документа, даже если этот адрес не является вашим официальным местом жительства. Например, если данное разрешение подлежит использованию на период вашей госпитализации, вы должны указать адрес больницы.

Пункт 3. Укажите имя, адрес и номер телефона лица, которое вы хотите назначить для принятия решений, связанных с образованием и (или) здоровьем вашего ребенка (детей) / недееспособного (-ых) лица (лиц). Укажите имя (имена) и дату (-ы) рождения КАЖДОГО ребенка / недееспособного лица.

Пункт 4. Укажите желаемый срок действия настоящего назначения, отметив соответствующее поле и проставив напротив свои инициалы. Помните, что вы всегда можете по желанию отозвать (аннулировать) настоящее назначение лица до истечения указанного срока действия. Информация о том, как это сделать, указана в конце настоящих инструкций.

— **Отметьте п. (а)**, если вы хотите, чтобы настоящее назначение лица было действительно в течение 12 месяцев. При выборе этого варианта вы обязаны указать адрес и номер телефона родителя (-ей) и другого лица, и все подписи должны быть заверены нотариусом.

— **Отметьте п. (b)**, если вы хотите, чтобы настоящее назначение лица было действительно в течение 30 дней. Выбирая этот вариант, вы не обязаны указывать адреса и номера телефонов, однако рекомендуется это сделать, чтобы поставщики медицинских или образовательных услуг могли связаться с вами в случае необходимости.

— **Отметьте п. (c)**, если вы хотите ограничить срок действия настоящего документа конкретными датами в пределах периода, не превышающего или превышающего 30 дней. Помните, что настоящее назначение лица может действовать не более 12 месяцев, и если вы хотите, чтобы период его действия был больше 30 дней, необходимо указать адреса, номера телефонов, а также заверить подписи у нотариуса.

— **Отметьте п. (d)**, если вы хотите, чтобы действие настоящего назначения лица начиналось при наступлении конкретного события, например вашей госпитализации. В таком случае в первом соответствующем поле следует указать такое событие (пример: «В период моей госпитализации»), а во втором поле — дату либо событие, при наступлении которых настоящее назначение лица прекращает действие (пример: «через 30 дней» или «после моей выписки из больницы»). Обратите внимание, что, если вы хотите, чтобы период действия документа был больше 30 дней, необходимо указать адреса, номера телефонов, а также заверить подписи у нотариуса.

Пункт 5. Укажите все полномочия, которые вы хотите предоставить назначаемому вами лицу. Вычеркните ВСЕ пункты, которые вы хотите ИСКЛЮЧИТЬ из полномочий назначаемого вами лица. Если вы хотите исключить из его полномочий какие-либо иные действия, для их указания используйте пустые строки ниже. Например, если вы хотите, чтобы с вами связывались перед проведением психиатрического обследования, укажите это в соответствующем поле.

Пункт 6. В соответствии с данным пунктом назначаемое вами лицо получает доступ к медицинским документам и медицинской информации вашего ребенка (детей) / недееспособного (-ых) лица (лиц).

Пункт 7. В данном пункте приведена информация о настоящей форме. Родитель, имя которого указано в п. 1, ставит свою подпись и дату. Если данное назначение оформляется на период более 30 дней, подпись должна быть заверена нотариально. В таком случае настоящую форму необходимо принести к нотариусу до ее подписания и поставить подписи в его присутствии, после чего он также подпишет данную форму для подтверждения заверения вашей подписи. В противном случае настоящее разрешение автоматически прекращает действие по истечении 30 дней.

Пункт 8. Если в соответствии с постановлением суда решения по вопросам, связанным с образованием и (или) здоровьем ребенка (детей), требуют согласия обоих родителей, второй родитель должен в соответствующем поле указать свое полное официальное имя, адрес и номер телефона. Как и первый родитель, второй родитель не обязан указывать свой адрес и номер телефона, если настоящее разрешение выдается на период, не превышающий 30 дней, однако он может указать эту информацию по желанию. Если настоящее назначение оформляется на период более 30 дней, второй родитель обязан указать такую информацию и подписать форму в присутствии нотариуса. Если постановление суда, по которому для принятия решений необходимо согласие обоих родителей, отсутствует, этот пункт можно не заполнять.

Пункт 9. Укажите полное официальное имя лица, назначаемого «для выполнения родительских обязанностей» в отношении ребенка (детей) / недееспособного (-ых) лица (лиц). Затем такое лицо должно поставить подпись и дату в качестве подтверждения своего согласия со статусом лица, выполняющего родительские обязанности. Если настоящее назначение оформляется на период более 30 дней, указанное лицо должно подписать его в присутствии нотариуса.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

— Инвазивные медицинские процедуры. Назначаемое вами лицо **НЕ МОЖЕТ** предоставлять согласие на проведение «инвазивных медицинских процедур», которыми являются любые вмешательства или процедуры терапевтического, хирургического или диагностического характера и во время которых осуществляется общая анестезия либо которые включают любые значительные риски или значительное проникновение через естественные барьеры организма с иссечением, которые вызывают существенную боль, дискомфорт, слабость или требуют длительного периода восстановления. Такие процедуры не включают никакие стандартные диагностические или лечебные процедуры, например введение лекарств, кроме химиотерапии, для лечения непсихиатрических заболеваний или лечебного питания либо забор жидкостей организма для анализа; электроконвульсивную терапию; стоматологическое лечение с применением местной анестезии; никакие процедуры, которые проводятся в экстренных случаях в соответствии с разделом 2504 закона «Об общественном здравоохранении»; отмену или прекращение медицинского лечения, обеспечивающего поддержание жизненно важных функций организма; стерилизацию или прерывание беременности.

Например, назначаемое лицо может предоставлять согласие на проведение стандартных стоматологических процедур в отношении ребенка / недееспособного лица, таких как пломбирование зубов, однако не может предоставлять согласие на проведение стоматологических хирургических процедур, во время которых пациент находится без сознания, таких как удаление зубов мудрости. Для проведения инвазивных медицинских процедур требуется согласие родителя.

— Отзыв настоящего назначения лица. Чтобы отозвать (аннулировать) настоящее назначение лица, вы должны сообщить об этом назначенному вами лицу, которое затем должно уведомить соответствующих работников образования и поставщиков медицинских услуг о том, что разрешение прекратило действие. Родитель не обязан отзываться (аннулировать) настоящее разрешение в письменной форме и не обязан уведомлять работников образования и поставщиков медицинских услуг ребенка (детей) / недееспособного (-ых) лица (лиц), однако может сделать это во избежание неопределенности. Если настоящая форма подписана двумя родителями, назначение лица может быть отменено любым из родителей, и для этого не требуется действие со стороны обоих родителей.