

纽约州儿童及家庭服务办公室  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
承担父母角色之人的指定

根据纽约州《一般义务法》(General Obligations Law) 第 5-1551 节。

1. 本人, \_\_\_\_\_, 特此声明本人为以下所列  
儿童/无行为能力之人的家长, 并且在任何司法管辖范围内, 均无现行法院命令禁止本人行使现在  
寻求授权的权力。

2. 在本项指定生效期间, 可联系到本人的地址及电话号码为:

地址: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

电话: 住家电话 ( ) 工作电话 ( )  
其他 ( ) \_\_\_\_\_

3. 本人暂委托 \_\_\_\_\_, 一名住在纽约、  
年满 18 岁 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 之人, \_\_\_\_\_ 电话号码  
( ) 照顾下列儿童/无行为能力之人:

姓名:	出生日期:

4. 根据本表格授予给承担家长角色之人的任何权力的有效期为 (勾选相应的方框及首字母):

a. 自本指定书签署之日起 12 个月或直至撤销之日, 以先发生者为准 (必须包括各方的地  
址及电话号码, 并由各方在有公证人在场的情况下签署); 或

b. 自本指定书签署之日起 30 天或直至撤销之日, 以先发生者为准; 或

c. 自 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (日期) 至并包括 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (日期) 或直至撤销之日, 以先发生  
者为准; 或

d. 从 \_\_\_\_\_  
(指明事件) 开始并持续到 \_\_\_\_\_ 或直至撤销  
之日, 以先发生者为准。

5. 对于上述儿童/无行为能力之人，上述承担家长角色之人有权：  
(勾选适用项)

- 查看学校记录
- 登记学校
- 向学校请假
- 同意参加学校计划和/或学校发起的活动
- 同意学校相关的医疗护理\*
- 登记健康计划
- 同意免疫接种\*
- 同意一般医疗保健\*
- 同意医疗程序\*
- 同意牙科护理
- 同意发育筛查
- 同意心理健康检查和/或治疗

\* 除非《公共卫生法》(Public Health Law) 第 2504 节禁止

上述任何授权都可能受到家长规定的条件的进一步限制，若受限，限制内容将列在下方（例如家长可授权同意进行心理健康检查，但前提是无法通过电话或其他电子手段与他们取得联系）。

6. 本人进一步授予承担家长角色之人申请、接收和审查的权力，并授予其对任何及所有健康、医疗、财务信息和/或任何信息和/或记录的完整未修订副本的完整不受限的访问权及获取权，此类信息及记录由 45 CFR 第 164.501 条定义，并由 65 Fed.Reg. 82462 中规定的个人可识别健康信息隐私标准将其视为受保护私人记录进行监管，或由 1996 年《健康保险携带和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 和《公共法》(Public Law) 104-191 涵盖，适用于上文第 3 段所列的每名儿童/无行为能力之人。本人理解，此类健康及医疗纪录所载的信息可包括性传播疾病、获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)、艾滋病相关综合征 (AIDS-related Complex, ARC) 及人体免疫缺损病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)、行为或心理健康服务以及对酒精和/或药物滥用和/或成瘾的治疗的相关信息。本人进一步理解，依照 45 CFR 第 164.524 条等条款，本人可能有权获取和/或接收对使用或披露信息的解释。本人进一步理解，授权披露此健康信息属于自愿行为；本人可拒绝签署此授权书。本人进一步理解，对该信息的任何披露都可能导致第三方在未经授权的情况下进一步披露该信息，并且此类进一步披露行为可能不受 HIPAA 的保护。为使披露方披露上述隐私和/或受保护的机密信息，本人永远解除并使依赖本文件的披露方免受因上述披露而产生的 HIPAA 保密规则下的任何责任。

7. 致家长和承担家长角色之人的通知：根据本表格作出的授权将保持有效，直至家长撤销授权或上文第 4 段所指明日期（以较早者为准）。签署本指定书的任何家长均可按意愿撤销此授权，并将此撤销通知相关学校及医疗保健提供者。承担家长角色之人从家长处接收到此类撤销通知后，须立即通知任何已了解根据本节所作出的授权的学校、医疗保健提供者或健康计划。承担家长角色之人若未将授权或撤销告知接收人，亦不得使家长的撤销通知失效。

此授权为临时授权，但可由家长续期。然而，参与长期照护安排的家长及承担家长角色之人可通过启动司法程序以指定法定监护权或确定监护权，从而寻求更长久的法律安排。

请注意：若授权期限超过 30 天，以下所有签名必须经过公证。

日期： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (家长签名) \_\_\_\_\_

于 20\_\_ 年

\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 在本人面前宣誓 \_\_\_\_\_

公证人 \_\_\_\_\_

8. 本人， \_\_\_\_\_ ，同时也是此处所列儿童/无行为能力之人的家长，有法院命令指示父母双方必须就有关该儿童/无行为能力之人的教育和/或医疗决定达成一致，本人在此签字同意此项指定。

在本指定生效期间，可联系到本人的地址和电话号码为：

地址： \_\_\_\_\_

电话： 住家电话 ( \_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ 工作电话： ( \_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

其他： ( \_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (家长签名) \_\_\_\_\_

于 20\_\_ 年

\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 在本人面前宣誓 \_\_\_\_\_

公证人 \_\_\_\_\_

9. 本人，\_\_\_\_\_，是为此处所列儿童/无行为能力之人  
承担家长角色之人，通过在下方签名同意此指定。

日期： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_

于 20\_\_ 年

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 在本人面前宣誓 \_\_\_\_\_

公证人 \_\_\_\_\_

指定承担父母角色之人的说明，依据纽约州《一般义务法》第 5-1551 节。

**此表格的目的：**

若您在特定时间段内无法自行决定，您可以指定另一人为您的子女或您照料的无行为能力之人做出医疗和教育决定。此授权最多只能使用 12 个月。若您需要别人照顾您的子女/无行为能力之人的时间超过 12 个月，您可以考虑其他选择。

若法院命令要求父母双方就有关儿童的教育和/或医疗决定达成一致，父母双方均必须在表格上签字。如果无此命令，则只需一位家长的签名。

您保留此授权的所有家长权利，并可以随时取消（撤销）此授权。您所指定之人将能够与您子女的学校、教师和医疗保健提供者进行交谈，并能够做出常规决定。您所指定之人将无法同意手术或其他重大医疗程序，但将能够同意日常医疗事项。若您不希望指定之人拥有做出某些决定的能力，例如有关免疫接种的决定，则可在本表格中说明。若您所指定之人为您的子女/无行为能力之人做出您不同意的决定，您可以推翻该决定。

被指定之人必须同意成为“拥有家长权力之人”，且不需要承担对子女/无行为能力之人的经济支持责任。若指定之人居住在其他学区，您的子女将不必更改其学区。若您死亡或丧失行为能力，本指定将自动终止。

**使用本表格的说明：**

**第 1 段：**请在空白处填写您的合法全名。若法院命令要求父母双方签字，另一方将在第 7 段的空白处填写其姓名。

**第 2 段：**请填写您的地址及电话号码。若未包含此信息，授权的有效期将不超过 30 天。使用您在本授权有效期内的居住地址，即使该地址不是您的依法登记住址。例如若要在住院期间使用此授权，则需要使用医院地址。

**第 3 段：**填写您希望指定的、能够为您的孩子/无行为能力之人做出教育和/或医疗决定的人的姓名、地址和电话号码。请填写每名儿童/无行为能力之人的姓名和出生日期。

**第 4 段：**通过勾选相应的框并在旁边用首字母签名来说明希望此授权生效的时间。请记住，若愿意的话，您可以随时提前撤销（取消）这一指定。关于如何撤销（取消）的信息包含在这些说明的末尾。

- 若您希望此指定的有效期为 12 个月，请使用 **(a)**。若您选择此选项，您必须提供家长及指定之人的地址和电话号码，并且所有签名都必须经过公证。
- 若您希望此指定的有效期为 30 天，请使用 **(b)**。您不必在此选项中包含地址和电话号码，但建议您这样做，以便医疗或教育服务提供者在需要时联系您。
- 若您想使用具体日期，使指定的有效期少于 30 天，请使用 **(c)**。请记住，此指定的使用时间不能超过 12 个月，若您希望其有效期超过 30 天，则必须包含地址、电话号码和经公证的签名。
- 若您想让此指定在具体情况下开始生效，如您住院时，请使用 **(d)**。为此，请在第一个空白处写下特定事件（例如“当我住院时”）并在第二个空白处写下指定到期的日期或事件（例如“30 天后”或“当我出院时”）。同样，若您希望授权有效期在 30 天以上，您必须包括地址、电话号码和经公证的签名。

**第 5 段：**列出您希望指定之人能做的每件事。划掉您不想让指定之人执行的每一项，并使用首字母签名。若还有其他您不想让指定之人做的事情，请写在列表下方的空白行。例如若您想在进行任何心理健康检查之前得到联系，可以在提供的空白处填写。

**第 6 段：**此段允许您指定之人访问您孩子/无行为能力之人的医疗记录和医疗信息。

**第 7 段：**此段提供有关此表格的一些信息。姓名出现在第 1 段的家长应在此表格上签署姓名和日期。若此授权的有效期超过 30 天，签名则必须经过公证。在这种情况下，您需要在签名前将表格交给公证人，并在公证人面前签名，公证人随后也将在表格上签名，以表明其见证您的签名。若非如此，授权将在 30 天后自动过期。

**第 8 段：**若法院命令要求父母双方就有关子女的教育和/或医疗决定达成一致，则另一方将在提供的空白处填写其合法全名、地址和电话号码。与第一位父母一样，若授权期限不超过 30 天，则不必提供地址和电话号码，但也可以提供。若授权的有效期超过 30 天，则必须提供这些信息，并在公证人面前签署表格。若没有有效的法院命令要求父母双方达成一致，您可以将这一段留空。

**第 9 段：**填写被指定为承担子女/无行为能力之人“家长角色”的人的合法全名。然后在表格上签名并注明日期，以表明指定之人同意担任家长角色。若这一授权的有效期超过 30 天，指定之人还需在公证人面前签名。

**其他信息：**

- **重大治疗：**您所指定之人**不能**同意“重大治疗”，即任何使用全身麻醉的医疗、手术或诊断性干预或程序，或涉及任何重大风险或对身体完整性有任何严重侵犯、需要切开或产生严重疼痛、不适、虚弱或有重要恢复期的治疗。这**不包括**：任何常规诊断或治疗（如非精神疾病或营养化疗以外的给药或提取体液进行分析）、电休克疗法、用局部麻醉剂进行牙科护理、《公共卫生法》第 2504 节规定的在紧急情况下提供的任何程序、撤走或中止维持生命功能的医学治疗、绝育或终止妊娠。

例如指定之人可同意子女/无行为能力之人进行标准牙科手术（如补牙），但无法同意在手术过程中会令其失去意识的牙科手术（如拔除智齿）。重大医疗程序仍需家长同意。

- **撤销本指定：**为撤销（取消）这一授权，您只需告诉指定之人您希望这样做，他们则必须通知相应的教育和医疗保健提供者授权已终止。虽然不要求家长以书面形式这样做，也不要求家长通知子女/无行为能力之人的教育和医疗保健提供者已撤销授权，但家长可能希望这样做，以避免造成混乱。若两位家长均在表格上签名，任何一位家长都可以自行取消指定，而无需两位家长的同意。