

5. 對於上述孩童/無行為能力人，上述有家長關係之人員經授權進行：
(勾選適合的項目)

- 檢視就學記錄
- 註冊學校
- 向學校請假
- 同意參與學校計畫及/或學校主辦的活動
- 同意學校相關的醫療保健*
- 註冊健康計畫
- 同意免疫接種*
- 同意一般健康照護
- 同意醫療程序*
- 同意牙科照護
- 同意發育篩檢
- 同意心理健康檢查及/或治療

* 除了《公共衛生法》(Public Health Law) 第 2504 條所禁止的項目之外

以上任何一種授權都可能會受到家長定義條件的進一步限制，如有限制，則依下列所述（例如家長可授權同意心理健康檢測，但前提是無法以電話或其他電子方式與家長取得聯絡）。

6. 本人進一步授權有家長關係之人員以請求、接收與審閱、經授予完整且無限制的權限、取得 45 CFR. §164.501 中所定義之所有健康、醫療、財務資訊及/或任何資訊及/或記錄的未經刪略完整副本，此類資訊及/或記錄受 65 Fed. Reg. 82462 之「個人識別健康資訊之隱私權標準」作為受保護隱私記錄進行監管，並受到《1996 年健康保險攜帶與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 和《公共法》(Public Law) 第 104-191 條之保護，適用於上述第 3 段中所列的每個孩童/無行為能力人。本人瞭解此類健康與醫療記錄所包含的資訊可能包含有關性傳播疾病、後天免疫缺乏症候群 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)、愛滋病相關綜合症 (AIDS-related complex, ARC) 和人類免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV)、行為或心理健康服務、戒酒及/或吸毒及/或成癮治療的資訊。本人進一步瞭解，根據 45 CFR § 164.524 等條文規定，本人可能有權訪問及/或接收對於使用或公開資訊的說明。本人進一步瞭解，授權此健康資訊之披露為自願性質；本人可拒絕簽署此授權書。本人進一步瞭解，此資訊的任何披露都可能導致第三方未經授權進一步披露此資訊，並且此類進一步披露可能不受 HIPAA 的保護。為了促使披露方披露上述私人及/或受保護的機密資訊，本人永遠免除依賴此授權的上述披露方免於因上述披露而依據 HIPAA 保密規則所衍生之任何責任。

7. 致家長及有家長關係之人員的通知：根據此表格進行的授權有效期至家長撤銷的日期或上述第 4 段中指定的日期為止，以較早者為準。任何已簽署此委任書的家長可經自由意願撤銷此類授權書，並且可通知相關學校與醫療保健提供者有關此類撤銷事宜。接收家長此類撤銷通知的有家長關係之人員須立即通知已向其行使本小節載明之授權的任何學校、醫療保健提供者或健康計畫。有家長關係之人員未將授權或撤銷通知予接收者並不會使家長的撤銷通知無效。

此授權書屬於暫時性，可由家長續期。然而，涉及長期照護提供安排的家長與有家長關係之人員可以透過發起司法程序以指定法定監護人或確定監護權，從而尋求更長久的法律安排。

備註：如果授權時間超過 30 天，則以下所有簽名務必經過公證。

日期： / / (家長簽名) _____

於此日期在本人面前宣誓

_____ 20__年 _____ 月__日 _____

公證人 _____

8. 本人， _____ ，同時為
此處所列之孩童/無行為能力人之家長，法院命令指示雙方家長務必同意有關該孩童/無行為能力人
之教育及/或健康決定，本人在此透過下列簽名表示同意委任。

在此委任生效期間，可與本人聯絡的地址與電話號碼為：

地址： _____

電話：住家電話 () - _____ 工作電話：() - _____

其他： () - _____

日期： / / (家長簽名) _____

於此日期在本人面前宣誓

_____ 20__年 _____ 月__日 _____

公證人 _____

9. 本人， _____ ，為此處所述之孩童/無行為能力人的
有家長關係之人員，透過本人在下方的簽名表示同意此委任。

日期： / / 簽名 _____

於此日期在本人面前宣誓

_____ 20__年 _____ 月__日 _____

公證人 _____

根據紐約州《一般責任法》第 5-1551 條，有關委任有家長關係之人員的說明。

本表格的目的：

本表格將供您委任另一位人士，代替您在特定時間為您的子女或您所照顧的無行為能力人作出醫療和教育決定。此授權書使用期限最長僅為 12 個月。如果您需要其他人代為照顧您的子女/無行為能力人且期間超過 12 個月，您可能需要考慮其他選項。

如果有法院命令要求雙方家長同意孩童的教育及/或健康決策，則雙方家長都必須簽署此表格。如無，僅需要一位家長簽名。

您透過此授權保留所有家長權利，並且可隨時取消（撤銷）此授權。所委任人士將能夠與您子女的學校、教師與醫療照護提供者對談，並且能夠制定常規決策。所委任人士將無法同意進行手術或其他重大醫療程序，但能夠同意進行常規醫療事務。如果您不希望所委任人士作出特定決定（例如決定是否接種疫苗），也可以在此表格中加以註明。如果您不同意所委任人士針對您子女/無行為能力人所作之決定，您可以免除該決策。

受委任人士務必同意作為「有家長關係之人員」，且無需為孩童/無行為能力人承擔經濟支援責任。如果該位人士居住在另一個學區，您的子女將不需要變更學區。如果您死亡或喪失行為能力，本委任將自動終止。

此表格的使用說明：

第 1 段：在提供的空白處輸入您的完整合法姓名。如有生效的法院命令要求雙方家長簽名，則另一位家長必須在第 7 段所提供的空白處填入其姓名。

第 2 段：填入您的地址與電話號碼。如果未填寫此資訊，此授權書效力不得超過 30 天。使用您將在此授權書生效期間居住之處所的地址（即使這並非您的依法登記住處）。例如如果您在此授權書使用期間住院，則請使用醫院地址。

第 3 段：填入您希望委任為您的子女/無行為能力人作出教育及/或健康決定之人士的姓名、地址與電話號碼。填入每一位孩童/無行為能力人的姓名與出生日期。

第 4 段：勾選適當的方塊並在旁邊填入姓名縮寫，指定您希望此份授權書保持有效的期限。請記住，您隨時可以提早撤銷（取消）此委任。關於撤銷委任的相關資訊包含於此使用說明的結尾處。

- 如果您希望此委任的有效期為 12 個月，**使用 (a)**。如果您選擇此選項，請務必提供家長與另一位人士的地址與電話號碼，且所有簽名都需要經過公證。
- 如果您希望此委任的有效期為 30 天，**使用 (b)**。如果選擇此項目，您就不需要填入地址與電話號碼，但我們仍建議您填入地址與電話號碼，以方便醫療或教育照護提供者視需要與您聯絡。
- 如果您希望使用特定日期以指定少於或超過 30 天的有效期，**使用 (c)**。請記住，此委任的有效期不得超過 12 個月，如果您希望其有效期超過 30 天，務必填入地址、電話號碼與公證人簽名。
- 如果您希望此委任書在特定情況下生效（例如當您住院接受治療時），**使用 (d)**。對此，請在提供的第一個空白處填入特定事件（例如「當我住院時」）並在第二個空白處寫下委任失效的日期或事件（例如「30 天後」或「當我出院時」）。同樣地，如果您希望其有效期超過 30 天，請務必填入地址、電話號碼與公證人簽名。

第 5 段：列出您希望所委任人士能夠做的每一件事。劃掉您不希望所委任人士做的每一件事。如果有其他您希望避免該位人士做的事情，請使用表格下方的空白列填入內容。例如如果您希望在執行任何心理健康檢測前接獲通知，您也可以提供的空白處中註明此事。

第 6 段：本段落可讓所委任人士有權訪問您的子女/無行為能力人的醫療記錄與醫療資訊。

第 7 段：本段落提供了有關此表格的某些資訊。姓名出現在第 1 段的家長需要在此簽名並註明日期。如果此授權書生效時間超過 30 天，簽名務必經過公證。在此情況下，您必須在簽名前將表格攜往公證人處，並在公證人面前簽署表格，接著公證人也會簽署表格，表示其確實見證您簽名。若未執行此程序，此授權書將在 30 天後自動失效。

第 8 段：如果有生效的法院命令要求雙方家長同意孩童的教育及/或健康決策，則另一位家長需在提供的空白處填入完整合法姓名、地址與電話號碼。和第一位家長一樣，如果授權書的有效期限為 30 天以內則不需要提供其地址與電話號碼，但可以選擇提供。如果授權書的有效期限超過 30 天，則務必提供此資訊，並在公證人面前簽署此表格。如果沒有任何有效的法庭命令要求雙方家長同意，則您可以將此段留空。

第 9 段：填入受委任將與孩童/無行為能力人有家長關係之人員的完整合法姓名。之後，受任命人會在表格上簽名並加註日期，表示其同意成為有家長關係之人員。如果授權書的有效期限超過 30 天，則受任命人也需要在公證人面前簽署表格。

其他資訊：

- **重大醫療**：所委任人士不可對「重大醫療」給予同意，例如醫療、外科或診斷干預，或使用全身麻醉或涉及任何重大風險或嚴重侵犯身體完整性並且需要切口或產生明顯的疼痛、不適、虛弱或恢復期較長的醫療程序。這不包含：任何定期診斷或治療，例如非精神疾病或營養的化學療法以外的藥物管理，或用於分析的體液提取；電療；以局部麻醉進行的牙科護理；根據《公共衛生法》第 2504 條任何在緊急情況下施行的急救；撤銷或停止維持生命功能的醫療；絕育或終止妊娠。

例如受委任人士可同意孩童/無行為能力人接受標準牙科程序（例如補牙），但不可同意接受會讓孩童/無行為能力人在程序中失去意識的牙科手術（例如拔智齒）。重大醫療程序仍需要家長同意方可進行。

- **撤銷委任**：若要撤銷（取消）授權，您只要告知委任人您的意願，委任人必須通知適當的教育與醫療照護提供者，表示該授權已終止。家長不需要以書面方式進行撤銷（取消）或通知孩童/無行為能力人的教育與醫療照護提供者該授權已撤銷，但是仍可以這樣做，以確保不造成混亂。如果兩位家長同時在此表格簽署，其中一位家長可以自行取消委任，不需要兩位家長同時取消。