



KINSHIP CAREGIVER AFFIDAVIT
DECLARACION FIRMADA DEL PARIENTE A CARGO DEL CUIDADO

El uso de este formato está autorizado por O.C.G.A. § 20-1-16. Este formato debe ser completado por el adulto con quien viva el estudiante.

Este formato debe ser completado con los datos del adulto con el que viva el estudiante en el Distrito Escolar del Condado de Appling (Distrito) y no sea su padre ni su tutor.

Yo, el que firma, tengo más de dieciocho (18) años de edad y con facultades para testificar sobre los hechos y temas que se tratan a continuación.

Mi nombre (pariente que da la autorización):

El estudiante de nombre legal que nació el

Vive conmigo en el domicilio

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfonos Casa: Trabajo: Celular:

- 1. Soy el pariente a cargo del cuidado tal como lo define O.C.G.A. § 20-1-16.
2. Yo soy el pariente a cargo del cuidado por una o más de las circunstancias a continuación (marque al menos una):
- Uno de los padres no puede cuidar a su hijo debido a la muerte del otro padre;
- La enfermedad muy seria o terminal de uno de los padres;
- Las condiciones físicas o mentales del padre o del estudiante impiden que el padre ofrezca los cuidados y supervisión apropiados;
- Uno de los padres está encarcelado;
- La casa del estudiante resultó pérdida o inhabitable debido a un desastre natural;
- Uno de los padres está activo en servicio militar por más de 24 meses; o
- No he podido localizar a uno o los dos padres en este momento para avisarles de mi autorización porque (explique las razones):

3. Nombre(s) del padre o tutor legal del estudiante:

4. Domicilio del padre o tutor legal:

5. Número de teléfono y correo electrónico de los padres o tutores legales:

Teléfono: Correo:

Teléfono Correo:

6. Fecha de nacimiento del pariente a cargo: / /

7. Licencia de conducir del estado de Georgia del pariente a cargo:

AVISO DE LAS EXPECTATIVAS DEL DISTRITO

El Superintendente del Distrito Escolar, o la persona designada, pueden verificar los datos de esta declaración firmada y llevar a cabo una auditoría en base a cada caso una vez que el menor está inscrito en el Distrito. La auditoría también puede incluir una visita personal a la dirección mencionada en esta declaración.

- 1. Aseguro que esta solicitud para asistir al Distrito Escolar del Condado de Appling no está principalmente relacionada con el interés de asistir a una escuela en particular dentro del Distrito Escolar del Condado de Appling. Tampoco es con la intención de participar en atletismo en una escuela en particular, ni de sacar ventaja de los servicios o programas especiales que ofrece una escuela en particular o por ningún otro propósito similar.
2. También aseguro que el estudiante mencionado no está ahora bajo suspensión ni expulsión a largo plazo de su última escuela ni está bajo la recomendación de expulsión ni suspensión a largo plazo de la última escuela a la que asistió.
3. Entiendo que si algo o parte de la información presentada en esta declaración cambia por cualquier razón, es mi responsabilidad notificar inmediatamente al Distrito Escolar del Condado de Appling.

AVISO DE PENALIZACIONES Y RESPONSABILIDADES:

Entiendo que:

1. Si falsifico o defraudo al Distrito Escolar del Condado de Appling con la información en esta declaración, deberé pagar los costos incurridos por el Distrito durante el período en el cual el estudiante inelegible haya estado inscrito. Deberé pagarle al Distrito de acuerdo al O.C.G.A. § 20-2-133 (a). _____ (inicial)
2. Si los costos incurridos por el Distrito son recolectados por un abogado, yo deberé cubrir los gastos hechos por el Consejo de Educación y el costo del abogado. _____ (inicial)
3. Puedo ser procesado, declarado responsable y enviado a prisión por no menos de un año y no más de diez años en caso de que se me encuentre culpable de falsificación en primer grado, de acuerdo al O.C.G.A. § 16-9-1. _____ (inicial)
4. Puedo ser procesado, declarado responsable y castigado con una multa de no más de \$1,000.00 o enviado a prisión por uno año, y no más de cinco años, o los dos, si se me encuentra culpable de hacer declaraciones falsas de acuerdo al O.C.G.A. § 16-10-20, o por hacer juramentos falsos de acuerdo al O.C.G.A. § 16-10-71. _____ (inicial)
5. Con mis iniciales en las líneas al final de cada oración afirmo que he leído y entendido cada una de las previsiones. _____ (inicial)

Afirmo solemnemente bajo los castigos mencionados, que el contenido de esta declaración es verdadero de acuerdo a mi conocimiento, información y creencias.

AVISO: No firme este formato si alguna de las oraciones anteriores es incorrecta o estará cometiendo un crimen que se castiga con multa, prisión o las dos.

Firma del pariente encargado del cuidado y con quien el estudiante vive

Nombre del familiar en letra de imprenta

FAVOR DE NOTARIZAR

Jurado y firmado frente a mí el _____ día del mes de _____, 20____.

Notario Público (SELLO)
 Mi comisión expira: _____

AVISOS BAJO O.C.G.A. § 20-1-16:

- Esta declaración no afecta los derechos del padre o tutor del estudiante mencionado con respecto al cuidado, custodia y control del menor y no implica que el pariente encargado del cuidado tenga custodia legal del menor
- Una persona que se basa en la declaración no tiene obligación de hacer más consultas ni investigaciones.
- Esta declaración no es válida por más de un año después de la fecha en la que se ejecutó.

INFORMACION ADICIONAL:

PARA LOS PARIENTES ENCARGADOS DEL CUIDADO:

- Si el menor deja de vivir con usted por un período de más de 30 días, es su obligación avisar en menos de 30 días después a quien le haya dado esta declaración y a cualquier persona que usted sepa que recibió la declaración de otra persona.
- Si usted no tiene la información solicitada en el artículo 11 (licencia de conducir del estado de Georgia o tarjeta de identificación) debe documentar cualquier forma de identificación como número de seguro social.

PARA LOS OFICIALES DE LA ESCUELA:

- El Sistema escolar puede pedir evidencia adicional razonable de que el pariente encargado del cuidado resida en la dirección del artículo 4 de esta declaración.

PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PLANES DE SERVICIOS DE SALUD:

- Ninguna persona que actúa de buena fe sobre la veracidad de la declaración de la intención del pariente a cargo del cuidado de ofrecer servicios educativos, médicos, ya sea relacionados con la inscripción académica o actividades extracurriculares, sin el conocimiento de los hechos contrarios a los mencionados en esta declaración, está sujeta a persecución criminal o responsabilidad civil por cualquier persona ni sujeto a acción disciplinaria por la confianza, si las partes pertinentes del formato están completas
- Esta declaración no otorga dependencia para propósito de cobertura de servicios de salud.