

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (Office of Children and Family Services)
تعيين شخص بعلاقة أبوية
وفقاً للمادة 5-1551 من قانون الالتزامات العامة لولاية نيويورك (GOB).

1. أقر أنا، _____،
الطفل (أو الأطفال) / الشخص العاجز (أو الأشخاص العاجزين) الوارد اسمه أو أسمائهم أدناه، وأقر بعدم وجود أي أوامر قضائية سارية
حاليًا في أي دائرة اختصاص من شأنها أن تمنعني من ممارسة الصلاحيات التي أسعى الآن إلى تفويضها.
2. أن العنوان ورقم الهاتف الذي يمكن الوصول إليّ من خلاله خلال فترة سريان هذا التعيين هو:

العنوان:

الهاتف: المنزل () العمل ()
أخرى ()

3. أنني أفوض -بصورة مؤقتة- _____، وهو شخص يتجاوز
سن الثامنة عشرة، ويقيم في _____

نيويورك، _____ رقم الهاتف

برعاية الطفل (أو الأطفال) / الشخص العاجز (أو الأشخاص العاجزين) التاليين: ()

الاسم:	تاريخ الميلاد:
الاسم:	تاريخ الميلاد:
الاسم:	تاريخ الميلاد:
الاسم:	تاريخ الميلاد:

4. أن أي صلاحية تمنح إلى الشخص المؤهل بالعلاقة الأبوية وفقاً لهذا النموذج تعتبر سارية (حدد المربع المناسب واكتب الحروف الأولى
من اسمك بجانبه):

- أ. لمدة 12 شهراً من تاريخ التوقيع على هذا التعيين، أو حتى تاريخ إلغائه، أيهما يحدث أولاً (ويجب أن يتضمن أرقام الهواتف
والعناوين الخاصة بجميع الأطراف وأن يوقع عليه جميع الأطراف في حضور كاتب عدل)؛ أو
- ب. لمدة 30 يوماً من تاريخ التوقيع على هذا التعيين، أو حتى تاريخ إلغائه، أيهما يحدث أولاً؛ أو
- ج. اعتباراً من _____ / _____ / _____ (التاريخ) وصولاً إلى _____ / _____ / _____ (التاريخ) بما يتضمن التاريخ المذكور، أو حتى
تاريخ إلغائه، أيهما يحدث أولاً؛ أو

د. اعتباراً من _____

(اذكر الحدث الذي ستبدأ فيه فترة سريان التعيين) وحتى _____ أو حتى تاريخ
إلغائه، أيهما يحدث أولاً.

5. بالنسبة للطفل (أو الأطفال) / الشخص العاجز (أو الأشخاص العاجزين) المذكورين أعلاه، يفوض الشخص المؤهل بعلاقة أبوية المذكور أعلاه بما يلي:
(ضع علامة على ما ينطبق فحسب)

- الاطلاع على السجلات المدرسية
- الالتحاق بالمدرسة
- إعطاء عذر الغياب عن المدرسة
- الموافقة على المشاركة في البرامج المدرسية أو الأنشطة التي ترعاها المدرسة
- الموافقة على الرعاية الطبية المرتبطة بالمدرسة
- التسجيل في الخطط الصحية
- الموافقة على تلقي التطعيمات*
- الموافقة على الرعاية الصحية العامة*
- الموافقة على الإجراءات الطبية*
- الموافقة على العناية بالأسنان
- الموافقة على فحوصات النمو
- الموافقة على فحص الصحة العقلية و/أو علاجها

* باستثناء ما يحظره القسم 2504 من قانون الصحة العامة

يجوز تقييد أي من الصلاحيات المفوض بها أعلاه وفقاً للشروط التي يضعها الوالد، وفي حالة تقييد الصلاحيات، تُكتب حالات التقييد أدناه (فمثلاً: يجوز لأحد الوالدين منح صلاحيات الموافقة على إجراء الفحص العقلي فقط في حالة تعذر الوصول إلى الوالدين عن طريق الهاتف أو غيره من الوسائل الإلكترونية).

6. كما أفوض الشخص المؤهل بالعلاقة الأبوية بالحق في طلب النسخ غير المنقوصة من كافة السجلات أو المعلومات الصحية أو الطبية أو المالية واستلامها والاطلاع عليها والوصول إليها بشكل كامل وغير مقيد والحصول عليها وذلك وفقاً لما هو منصوص عليه في 45 CFR. §164.501 وحسب ما تنظمه معايير خصوصية المعلومات الصحية القابلة للكشف عن هوية صاحبها (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information) المنصوص عليها في 65 Fed. Reg. 82462 باعتبارها سجلات خاصة محمية أو خاضعة لأحكام قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لعام 1996 (HIPAA)، والقانون العام 104-191، بالنسبة لكل طفل/شخص عاجز مُدرج بالفقرة (3) الواردة أعلاه. أقر بأنني أدرك أن المعلومات المتضمنة في هذه السجلات الصحية والطبية قد تتضمن معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً، أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS) وحالات حمل فيروس إيدز بدون الإصابة به (ARC) وفيروس نقص المناعة البشري (HIV)، أو خدمات الصحة العقلية / السلوكية، أو العلاج من الكحوليات أو إدمان المخدرات أو الإدمان. كما أدرك أيضاً بأنه قد يجوز لي الوصول إلى سرد بالمعلومات المقرر استخدامها أو الإفصاح عنها حسب المنصوص عليه في 45 CFR §164.524 وما يليها. كما أدرك أيضاً أن التفويض بالإفصاح عن هذه المعلومات الصحية يكون أمراً تطوعياً؛ ومن حقي أن أرفض التوقيع على هذا التفويض. كما أدرك أيضاً أن أي إفصاح عن هذه المعلومات يحمل معه احتمالية قيام أطراف ثالثة بالإفصاح عن هذه المعلومات بشكل غير مصرح به، وأن هذا الإفصاح الإضافي قد لا يكون محمياً بموجب قانون HIPAA. ومن أجل حث الطرف المُفصح على الكشف عن المعلومات السرية الخاصة و/أو المحمية المذكورة سابقاً، أقر بأنني أعفي الطرف المذكور المُفصح عن المعلومات الذي اعتمد على هذا المستند وذلك من أي مسؤولية واجبة بمقتضى قواعد السرية المنصوص عليها بموجب قانون HIPAA نتيجة للقيام بعملية الإفصاح المذكورة.

7. إخطار الوالدين والأشخاص المؤهلين بالعلاقة الأبوية: يعتبر التفويض الممنوح بموجب هذا النموذج صالحاً وسارياً حتى إلغائه من قبل أحد الوالدين أو بحلول التاريخ المحدد في الفقرة 4 أعلاه، أيهما أولاً. يجوز لأي من الوالدين، بعد توقيعه على هذا التعيين، أن يقوم بإلغاء هذا التفويض حسب رغبته، ومن حقه إبلاغ مقدمي الرعاية الصحية والمدارس ذات الصلة بهذا الإلغاء. ويتعين على الشخص ذي العلاقة الأبوية، حين يتلقى إخطاراً من أحد الوالدين بهذا الإلغاء، أن يقوم بدوره بإخطار جهات تقديم الرعاية الصحية أو الخطط الصحية أو المدارس التي قدم إليها تفويضاً بموجب هذا القسم الفرعي. إذا فشل الشخص ذي العلاقة الأبوية أن يخطر الجهات المستلمة للتفويض أو الإلغاء، فإن هذا لا يجوز أن يبطل الإخطار بالإلغاء من قبل الوالد.

يكون هذا التفويض مؤقتاً، ولكن يجوز للوالد (الوالدين) تجديده. ومع ذلك، يمكن للوالدين أو الأشخاص المؤهلين بعلاقة أبوية والمشاركين في تدابير لتقديم الرعاية طويلة الأجل أن يسعوا إلى الحصول على ترتيب قانوني أكثر استدامة من خلال اللجوء إلى الإجراءات القضائية من أجل تعيين وصي قانوني أو البت في أمر الحضانة.

ملحوظة: يجب توثيق كافة التوقيعات الواردة أدناه إذا كانت مدة التفويض تتجاوز 30 يومًا.

بتاريخ: _____ / _____ / _____ (توقيع الوالد)

أقسم عليه أمامي في يومنا هذا الموافق

_____ من شهر _____ 20_____

كاتب العدل

8. أقر أنا، _____ ، بأنني أيضًا
ولي أمر الطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) العاجز المذكور هنا، وهناك أمر قضائي يوجه بوجوب موافقة الوالدين على القرارات المتعلقة
بتعليم هذا الطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) العاجز و/أو صحته، وأني أوافق على هذا التعيين وأوقع على ذلك أدناه.
وأن العنوان ورقم الهاتف الذي يمكن الوصول إليّ من خلاله خلال فترة سريان هذا التعيين هو:

العنوان:

الهاتف: رقم هاتف المنزل - () العمل: _____ - ()
أخرى: _____ - ()

التاريخ: _____ / _____ / _____ (توقيع الوالد)

أقسم عليه أمامي في يومنا هذا الموافق

_____ من شهر _____ 20_____

كاتب العدل

9. أقر أنا، _____ ، بصفتي الشخص المعين بعلاقة أبوية للطفل/الشخص (الأشخاص) العاجز المذكور هنا، بأنني أوافق على هذا التعيين وأوقع على ذلك أدناه.

التاريخ: _____ / _____ / _____ التوقيع _____

أقسم عليه أمامي في يومنا هذا الموافق

من شهر _____

_____ كاتب العدل

تعليمات مخصصة لتعيين شخص بعلاقة أبوية، وفقاً للقسم 1551-5 من قانون الالتزامات العامة لولاية نيويورك (GOB).

الغرض من هذا النموذج:

سيسمح لك هذا النموذج بتعيين شخص آخر لاتخاذ القرارات الصحية والتعليمية الخاصة بطفلك أو الشخص العاجز المكفول برعايتك إذا كنت لا تستطيع القيام بذلك الأمر بنفسك لفترة محددة من الوقت. لا يمكن استخدام هذا النموذج لمدة تتجاوز 12 شهراً. إذا كنت ستحتاج إلى ضم طفلك/الشخص العاجز الخاص بك في رعاية شخص آخر لمدة تزيد عن 12 شهراً، فيمكنك التفكير في خيارات أخرى.

إذا كان هناك أمر قضائي يتطلب من كلا الوالدين الاتفاق على القرارات الصحية و/أو التعليمية الخاصة بالطفل (الأطفال)، فيجب على كلا الوالدين أن يوقعا على هذا النموذج. وإذا لم يكن هناك أمر بذلك، فلا يلزم سوى توقيع أحد الوالدين فحسب.

أنت تحتفظ بجميع حقوقك الأبوية من خلال هذا التفويض، ويمكنك إلغاء هذا التفويض في أي وقت. سيتمكن الشخص الذي تعينه من التحدث مع مدرسة طفلك (أطفالك) ومعلميه ومقدمي الرعاية الطبية له، وسيكون قادراً على اتخاذ القرارات الروتينية. لن يتمكن الشخص الذي تعينه هنا من الموافقة على إجراء الجراحات أو غيرها من الإجراءات الطبية الكبرى ولكنه سيكون قادراً على إعطاء الموافقة على المسائل الطبية الروتينية. إذا كنت لا ترغب في أن يكون الشخص الذي تعينه هنا قادراً على اتخاذ قرارات معينة، مثل القرارات المتعلقة بالتطعيمات، فيمكنك تحديد ذلك في هذا النموذج. إذا كان الشخص الذي تعينه يتخذ قراراً يتعلق بطفلك (أطفالك) بالشخص (الأشخاص) العاجز الخاص بك وكنت لا توافق على ذلك القرار، فمن حَقك إبطال ذلك القرار.

يتعين على الشخص المعين أن يوافق على أن يكون "شخصاً ذا سلطة أبوية"، ولن يُطلب منه تحمل المسؤولية المالية لإعالة الطفل (الأطفال) // الشخص (الأشخاص) العاجز. لن يضطر طفلك إلى تغيير المنطقة التعليمية التابع لها إذا كان ذلك الشخص المعين يقيم في مكان تابع لمنطقة تعليمية أخرى. في حالة وفاتك أو عجزك، ينتهي سريان هذا التعيين تلقائياً.

تعليمات لاستخدام هذا النموذج:

الفقرة 1: أكمل اسمك القانوني كاملاً في المساحة المتاحة. إذا كان هناك قرار قضائي سارٍ يتطلب توقيع كلا الوالدين، فسيقوم الوالد الآخر بكتابة اسمه في المساحة المتوفرة بالفقرة 7.

الفقرة 2: أكمل العنوان ورقم الهاتف الخاص بك. إذا لم تكن هذه المعلومات متضمنة، فلن يظل هذا التفويض سارياً لمدة تتجاوز 30 يوماً. استخدم العنوان الذي ستبقى فيه خلال فترة سريان هذا التفويض، حتى لو لم يكن محل إقامتك القانوني. على سبيل المثال، إذا كان هذا التفويض سيستخدم خلال فترة إقامتك بالمستشفى، فيمكنك استخدام عنوان المستشفى.

الفقرة 3: قم بتعبئة اسم وعنوان ورقم هاتف الشخص الذي ترغب في تعيينه ليكون قادراً على اتخاذ القرارات التعليمية و/أو الصحية الخاصة بطفلك (أطفالك) // الشخص (الأشخاص) العاجز الخاص بك. أكمل اسم وتاريخ ميلاد كل طفل (أطفال) // شخص (أشخاص) عاجز على حدة.

الفقرة 4: حدد المدة التي ترغب في أن يظل خلالها هذا التفويض ساري المفعول عن طريق تحديد المربع المناسب وكتابة الأحرف الأولى من الاسم بجانبه. تذكر أن بإمكانك دائماً إلغاء هذا التعيين قبل انتهاء مدة سريانه حسب رغبتك. وقد تم تضمين المعلومات المتعلقة بكيفية القيام بذلك في نهاية هذه التعليمات.

- **استخدم (أ)** إذا كنت ترغب في أن يكون هذا التعيين صالحًا لمدة 12 شهرًا. إذا حددت هذا الاختيار، يجب عليك تقديم العنوان ورقم الهاتف الخاص بالوالد (الوالدين) والشخص الآخر، وكذلك توثيق كافة التوقعات.

- **استخدم (ب)** إذا كنت ترغب في أن يكون هذا التعيين صالحًا لمدة 30 يومًا. لست مضطرًا إلى تضمين العناوين وأرقام الهواتف عند تحديدك لهذا الخيار، ولكن يُقترح بأن تفعل ذلك في حال إذا احتاج مقدمو الرعاية الطبية أو التعليمية إلى الاتصال بك.

- **استخدم (ج)** إذا كنت ترغب في استخدام تواريخ محددة، لفترة تقل أو تزيد عن 30 يومًا. تذكر أن هذا التعيين لا يمكن استخدامه لمدة تتجاوز 12 شهرًا، ويجب عليك تضمين العناوين وأرقام الهواتف والتوقعات الموثقة إذا كنت ترغب في أن يظل ساريًا لمدة تزيد عن 30 يومًا.

- **استخدم (د)** إذا كنت ترغب في أن يبدأ هذا التعيين عند حدوث شيء محدد، كأن يبدأ سريانه بمجرد احتجارك في المستشفى. وللقيام بهذا الأمر، يُرجى كتابة الحدث المحدد في المساحة الأولى المتاحة (مثال: «حين أدخل أحد المستشفيات») واكتب التاريخ أو الحدث الذي ترغب في أن تنتهي عنده صلاحية هذا التعيين في المساحة الثانية (مثال: «بعد 30 يومًا» أو «حين أخرج من المستشفى»). ومجددًا، يجب عليك تضمين العناوين وأرقام الهواتف وتوثيق التوقعات إذا كنت ترغب في أن يظل ساريًا لمدة تزيد عن 30 يومًا.

الفقرة 5: اذكر قائمة بكل شيء من الأشياء التي ترغب في أن يكون الشخص الذي تعينه قادرًا على القيام بها. ضع علامة "خطأ" (X) والأحرف الأولى من اسمك على كل بند على حدة من البنود التي لا ترغب في السماح للشخص الذي تعينه بالقيام بها. إذا كانت هناك أمور أخرى ترغب في منع الشخص من القيام بها، يُرجى كتابتها على الأسطر الفارغة أسفل القائمة. على سبيل المثال، إذا كنت ترغب في الاتصال بك قبل إجراء أي فحص للصحة العقلية، فيمكنك كتابة ذلك في المساحة المتوفرة.

الفقرة 6: تسمح هذه الفقرة للشخص الذي عينته بأن يصل إلى المعلومات والسجلات الطبية الخاصة بطفلك (أطفالك) بالشخص (الأشخاص) العاجز الخاص بك.

الفقرة 7: هذه الفقرة تقدم بعض المعلومات بشأن هذا النموذج. يقوم الوالد الذي يظهر اسمه في الفقرة 1 بالتوقيع على هذا النموذج وكتابة التاريخ عليه. إذا كان من المقرر أن يظل هذا التفويض ساريًا لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيجب أن يكون التوقيع موثقًا. في هذه الحالة، تحتاج إلى إحضار النموذج إلى كاتب عدل قبل التوقيع عليه، وأن توقع على النموذج أمام كاتب العدل ذلك، والذي سيوقع أيضًا على النموذج للإشارة إلى أنه شاهد على توقيعك. إذا لم تفعل ذلك، فستنتهي صلاحية هذا التفويض تلقائيًا بعد 30 يومًا.

الفقرة 8: إذا كان هناك أمر قضائي سار يلزم كلا الوالدين بالاتفاق على القرارات الصحية و/أو التعليمية الخاصة بالطفل (الأطفال)، فسيقوم الوالد الآخر بتعيينه اسمه القانوني الكامل وعنوانه ورقم هاتفه في المساحات المتاحة. وكما هو الحال مع الوالد الأول، لا يضطر الوالد الآخر إلى تقديم عنوانه ورقم هاتفه إذا كانت فترة سريان هذا التفويض لا تتجاوز 30 يومًا، إلا إذا كانت هذه هي رغبته. ويتعين عليهم تقديم هذه المعلومات والتوقيع على النموذج أمام كاتب عدل، إذا كان من المقرر أن يظل التفويض ساريًا لمدة تتجاوز 30 يومًا. إذا لم يكن هناك أمر قضائي سار يلزم كلا الوالدين بالموافقة، فيمكنك ترك هذه الفقرة فارغة.

الفقرة 9: قم بكتابة الاسم القانوني الكامل للشخص المعين "بالعلاقة الأبوية" للطفل (الأطفال) // الشخص (الأشخاص) العاجز. ثم يوقع هذا الشخص المعين على النموذج ويكتب التاريخ، لإثبات أنه يوافق على أن يكون الشخص المعين بالعلاقة الأبوية. إذا كان من المقرر أن يظل هذا التفويض ساريًا لمدة تتجاوز 30 يومًا، فسوف يحتاج أيضًا إلى التوقيع على النموذج أمام كاتب عدل.

معلومات أخرى:

- العلاج الطبي الكبير: لا يمكن للشخص الذي تعينه أن يُعطي موافقته على "العلاج الطبي الكبير"، ويقصد بذلك أي إجراء أو تدخل تشخيصي أو جراحي أو طبي يتم فيه استخدام التخدير العام أو يتضمن أي مخاطر ملموسة أو أي انتهاك للسلامة البدنية يستلزم إحداث شق أو التسبب في درجة عالية من الألم أو عدم الراحة أو الوهن أو يحتاج إلى فترة نقاهة كبيرة. وهذا لا يتضمن: أي علاج أو تشخيص روتيني، مثل إعطاء جرعات الأدوية، وذلك باستثناء العلاج الكيماوي للحالات غير النفسية أو التغذية أو استخلاص سوائل الجسم من أجل تحليلها؛ أو العلاج بالصددمات الكهربائية، أو إجراءات العناية بالأسنان التي تتم باستخدام مخدر موضعي، أو أي إجراءات يتم تقديمها في حالات الطوارئ، وفقاً للقسم 2504 من قانون الصحة العامة؛ أو سحب العلاج الطبي الداعم لوظائف الحياة أو وقفه؛ أو التعقيم، أو إنهاء الحمل.

على سبيل المثال، يمكن للشخص المعين أن يمنح موافقته على حصول الطفل / الشخص العاجز على إجراءات العناية بالأسنان العادية، مثل الحشوات، ولكن لا يمكنه الموافقة على جراحات الأسنان التي لا يكون فيها في حالة وعي أثناء إجراء الجراحة، مثل حالات خلع ضرس العقل. وستظل موافقة الوالد مطلوبة للقيام بالإجراءات الطبية الكبيرة.

- إلغاء هذا التعيين: لإلغاء هذا التفويض، يتعين عليك ببساطة أن تخبر الشخص الذي عينته بأنك ترغب في ذلك، ويجب عليه إخطار مقدمي الخدمات الطبية أو التعليمية المعنيين بالأمر بأن التفويض قد تم إلغاؤه. وفي حين لا يُطلب من الوالد أن يقوم بهذا الأمر كتابةً، أو أن يخطر مقدمي الرعاية الطبية أو التعليمية الخاصة بالطفل (الأطفال) / الشخص (الأشخاص) العاجز بأن التفويض قد تم إلغاؤه، إلا أنه قد يرغب في ذلك، تفادياً لحدوث أي التباس. في حالة توقيع الوالدين على النموذج، يمكن لأي من الوالدين الموقعين أن يلغي التعيين بنفسه، ولا يحتاج الإلغاء إلى كلا الوالدين.