ولاية نيويورك NEW YORK STATE

مكتب خدمات الأسرة والطفل OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

تعيين شخص لتولي الوصاية

وفقًا للقسم 1551-5 من قانون الالتزامات العامة لولاية نيويورك.

1. أقر أنا، ، بموجب هذه الوثيقة، أنني وليّ أمر الطفل/ الأطفال/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية المذكور أدناه وأنه لا توجد أوامر محكمة سارية في الوقت الحالي في أي دائرة قضائية تمنعني من ممارسة الصلاحيات التي أسعى الآن لتخويلها إلى شخص آخر.
2. العنوان ورقم (أرقام) الهاتف اللذان يمكن الوصول إليّ عبرهما أثناء سريان هذا التعيين هما:

العنوان:

رقم الهاتف:المنزل ( )؛ العمل ( )

أخرى ( )

1. أنا أعهد مؤقتًا إلى ، وهو شخص يتخطى الثمانية عشر عامًا يقطن في ،

، نيويورك، رقم الهاتف ( )، برعاية الطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية التالي:

{الاسم} تاريخ الميلاد

{الاسم} تاريخ الميلاد

{الاسم} تاريخ الميلاد

{الاسم} تاريخ الميلاد

1. إن أي سلطة ممنوحة إلى الشخص الذي يتولى الوصاية بموجب هذا النموذج ستكون صالحة (ضع علامة في المربع الملائم ووقّع بالحروف الأولى من اسمك):

أ. لمدة ستة أشهر من تاريخ توقيع هذا التعيين، أو حتى تاريخ الإلغاء، أيهما يحدث أولًا (يجب أن يتضمن عناوين وأرقام هواتف كافة الأطراف وأن يوَقَّع بواسطة كل الأطراف في حضور موثق عام)،

ب. أو لمدة ثلاثين يومًا من تاريخ توقيع هذا التعيين، أو حتى تاريخ الإبطال، أيهما يحدث أولًا،

\_\_\_\_ ج. أو من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (التاريخ) حتى \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (التاريخ) متضمنًا اليوم نفسه، أو حتى تاريخ الإبطال، أيهما يحدث أولًا؛

د. أو بدءًا عقب (حدد الواقعة) واستمرارًا حتى ، أو حتى تاريخ الإبطال، أيهما يحدث أولًا.

1. بالنسبة للطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية المذكور أعلاه؛ فإن الشخص الذي يتولى الوصاية المذكور أعلاه مُخوَّل أن:

(قم بشطب ما لا ينطبق ووقّع أمامه بالحروف الأولى من اسمك)

أ- يستعرض سجلات المدرسة؛

ب- و/أو يسجل للوصي عليه في إحدى المدارس؛

ج- و/أو يُقدم عذرًا للتغيب عن المدرسة؛

د- و/أو يوافق على المشاركة في برنامج مدرسي و/أو نشاط برعاية المدرسة؛

ھ - و/أو يوافق على الرعاية الطبية المتعلقة بالمدرسة؛\*

و- و/أو يسجل الوصي عليه في خطط صحية؛

ز- و/أو يوافق على تطعيمات؛\*

ح- و/أو يوافق على الرعاية الصحية العامة؛\*

ط- و/أو يوافق على الإجراءات الطبية؛\*

ي- و/أو يوافق على إجراءات الرعاية الصحية المتعلقة بالأسنان؛

ك- يوافق على اختبارات فحص التطور؛

ل- و/أو يوافق على الاختبارات و/أو العلاج المتعلق بالصحة العقلية.

\* باستثناء ما هو محظور بموجب القسم 2504 من قانون الصحة العامة

قد يتم تقييد أي من التفويضات أعلاه فيما بعد وفقًا للشروط المحددة بواسطة ولي الأمر، وقد كُتبت القيود، إذا وُجدت، أدناه (على سبيل المثال؛ قد يمنح ولي الأمر سلطة الموافقة على اختبار صحة عقلية، فقط في حالة تعذر الوصول إليه عبر الهاتف أو أي وسيلة إلكترونية أخرى).

1. أنا أفوض كذلك الشخص الذي يتولى الوصاية أن يطلب ويتسلم ويستعرض ويحصل على نسخٍ كاملة غير منقحة من أي وكل المعلومات الصحية والطبية والمالية و/أو أي معلومات و/أو سجلات وأن يُمنح إمكانية الوصول الكامل غير المقيد إلى جميع ما سبق كما هو محدد في الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) القسم 164.501، وكما هو منظَّم بواسطة معايير خصوصية المعلومات الصحية المُعرِّفة للأفراد الموضحة في الجزء رقم 65 من السجل الفيدرالي (Fed. Reg.) عدد رقم 82462، بوصفها سجلات خاصة محمية أو مغطاة بشكل آخر وفقًا لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لعام 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)، ، والقانون العام 191-104، وذلك لكل طفل/شخص فاقد الأهلية مُدرج بـ"الفقرة 3" أعلاه. إنني أدرك أن المعلومات الواردة في مثل هذه السجلات الصحية والطبية قد تتضمن معلومات تتعلق بالأمراض المنتقلة جنسيًا و/أو متلازمة نقص المناعة المُكتسبة (AIDS) و/أو الأعراض المتعلقة بالإيدز (ARC) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) و/أو خدمات الصحة العقلية أو السلوكية و/أو علاج سوء استخدام الكحوليات و/أو المخدرات و/أو الإدمان. وأدرك كذلك أنني يمكنني الوصول إلى بيان بالمعلومات التي ستُستخدم أو سيتم كشفها و/أو الحصول عليه كما هو موضَّح في 45 CFR §164.524 وما يليه، وأدرك أيضًا أن التفويض بكشف هذه المعلومات الصحية هو أمر طوعي؛ وأنني أستطيع أن أرفض التوقيع على هذا التفويض. أدرك كذلك أن أي كشف لهذه المعلومات يحمل معه احتمالية أن يتم كشف هذه المعلومات فيما بعد بشكل غير مصرح به من قِبَل أطراف أخرى وأن هذا الكشف قد لا يكون تحت حماية قانون HIPAA. من أجل حث الطرف الكاشف على كشف المعلومات السرية الخاصة و/أو المحمية المذكورة آنفًا؛ فإنني أعفي هذا الطرف الكاشف للمعلومات اعتمادًا على هذه الوثيقة وأخليه للأبد من أي مسؤولية وفقًا لقواعد السرية المندرجة تحت قانون HIPAA كنتيجة لهذا الكشف
2. ملاحظة إلى الآباء والأشخاص الذين يتولون الوصاية: يعتبر التفويض المُعطى بموجب هذا النموذج صالحًا حتى ما قبل إبطاله بواسطة وليّ الأمر أو التاريخ المحدد في الفقرة 4 أعلاه. قد يبطل أي ولي أمر وقّع على هذا التعيين هذا التفويض حسب إرادته، وقد يُخطر المدارس ومقدمي خدمات الرعاية الصحية ذوي الصلة بأمر هذا الإبطال. ينبغي على الشخص الذي يتولى الوصاية ويتسلم إخطارًا من ولي الأمر بشأن هذا الإبطال أن يُخطر على الفور أي مدرسة أو مقدم رعاية صحية أو مسؤولي خطط صحية سبق أن قدم لهم تصريحًا بموجب هذا القسم الفرعي. وإذا لم يُخطر الشخص الذي يتولى الوصاية المتسلمين المعنيين بالتصريح أو الإبطال، فلن يؤدي ذلك إلى إلغاء سريان إخطار الإبطال بواسطة ولي الأمر.

إن هذا التفويض مؤقت، لكن قد يتم تجديده بواسطة ولي الأمر (أولياء الأمر). بالرغم من ذلك فإن الآباء والأشخاص الذين يتولون الوصاية الذين تربطهم اتفاقية تقديم رعاية طويلة الأجل قد يسعون إلى عقد اتفاقية أخرى دائمة وقانونية عن طريق البدء في إجراءات قضائية لتعيين الوصاية القانونية أو تحديد الحضانة.

ملحوظة: يجب أن تُوثق جميع التوقيعات أدناه إذا كان التفويض لمدة تتجاوز ثلاثين يومًا

بتاريخ:

(توقيع وليّ الأمر)

أُقسم عليه أمامي في يوم

من 20.

الموثق العام

1. أنا، ، كذلك والد الطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية المذكور اسمه هنا، وهُناك أمر محكمة يقضي بأن كِلا الوالدين يجب أن يوافقا على قرارات التعليم و/أو الصحة التي تخص هذا الطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية، وأنا بموجب هذا أوافق على هذا التعيين بتوقيعي أدناه.

العنوان ورقم (أرقام) الهاتف اللذان يمكن الوصول إليّ عبرهما أثناء سريان هذا التعيين هما:

العنوان:

رقم الهاتف:المنزل ( )؛ العمل ( )

أخرى ( ) .

بتاريخ:

(توقيع وليّ الأمر)

أُقسم عليه أمامي في يوم

من 20.

الموثق العام

1. أُوافق أنا، ، الشخص المعيَّن لتولي الوصاية على هذا الطفل/الأطفال/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية المذكور اسمه هنا، بموجب هذه الوثيقة، على هذا التعيين بتوقيعي أدناه.

بتاريخ:

(التوقيع)

أُقسم عليه أمامي في يوم

من 20.

الموثق العام

تستند التعليمات الخاصة بـ"تعيين شخص لتولي الوصاية" إلى القسم 1551-5 من قانون الالتزامات العامة لولاية نيويورك.

# الغرض من هذا النموذج:

سيسمح لك هذا النموذج أن تُعين شخصًا آخر لاتخاذ قرارات طبية وتعليمية خاصة بطفلك (أطفالك) أو الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية الذي ترعاه، إذا كنت لا تستطيع أن تفعل هذا بنفسك لفترة محددة من الزمن. يُمكن أن يُستخدم هذا التفويض فقط لفترة تصل إلى ستة أشهر. إذا كنت ستحتاج إلى أن تعهد برعاية طفلك (أطفالك)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية إلى شخص آخر لأكثر من ستة أشهر، فقد ترغب في التفكير في خيارات أخرى.

إذا كان هناك أمر محكمة يتطلب أن يوافق كِلا الوالديْن على القرارات التعليمية و/أو الصحية التي تخص الطفل (الأطفال)، يجب أن يوقع كلا الوالدين على النموذج. إذا لم يوجد حكم قضائي، فمطلوب توقيع وليّ أمر واحد فقط.

إنك تحتفظ بكافة حقوقك الأبوية في وجود هذا التفويض وتستطيع أن تلغي (تبطل) هذا التفويض في أي وقت. سيستطيع الشخص الذي تُعينه أن يتحدث إلى مدرسة طفلك (أطفالك) ومدرسيه ومُقدمي الخدمات الطبية له، وسيستطيع أن يتخذ قراراتٍ روتينية. لن يستطيع الشخص الذي تُعينه أن يُعطي موافقته على إجراء عملية جراحية أو أي إجراءات طبية كبرى أخرى، لكنه سيستطيع أن يُعطي موافقته على أمور طبية روتينية. إذا لم تكن تُريد أن يكون الشخص الذي تُعينه قادرًا على اتخاذ قرارات محددة، مثل قراراتٍ تتعلق بالتطعيمات، يُمكنك أن تحدد ذلك في هذا النموذج. إذا اتخذ الشخص الذي تُعينه قرارًا لا توافق عليه يتعلق بطفلك (أطفالك)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية الذي ترعاه، يُمكنك أن تلغي ذلك القرار.

يجب أن يوافق الشخص المُعين على أن يكون "الشخص الذي يتولى الوصاية"، ولن يُطالَب بتحمل مسؤولية الدعم المالي للطفل (الأطفال)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية. لن يضطر طفلك (أطفالك) إلى تغيير المنطقة التعليمية التي يتبع لها إذا كان الشخص يقطن في منطقة تعليمية أخرى. في حالة وفاتك أو في حالة أصبحت فاقدًا للأهلية، فإن هذا التعيين ينتهي تلقائيًا.

# تعليمات استخدام هذا النموذج:

الفقرة 1: اكتب اسمك القانوني الكامل في المساحة الموفرة. إذا كان هناك أمر محكمة سارٍ يتطلب أن يقوم كِلا الوالدين بالتوقيع، فإن الوالد الآخر سيكتب اسمه في المساحة الموفرة في "الفقرة 7".

**الفقرة 2:** اكتب عنوانك ورقم (أرقام) هاتفك. إذا لم تكن هذه المعلومات مُتَضمنة، فإن التفويض لن يكون صالحًا لأكثر من ثلاثين يومًا. استخدم العنوان الذي ستقيم فيه خلال فترة سريان هذا التفويض، حتى إذا لم يكن هو مكان إقامتك القانوني. على سبيل المثال؛ إذا كان هذا التفويض سيُستخدم بينما أنت في المستشفى، فاستخدم عنوان المستشفى.

الفقرة 3: اكتب اسم وعنوان ورقم هاتف الشخص الذي تُريد أن تُعينه كشخص قادر على اتخاذ قراراتٍ تعليمية و/أو صحية تتعلق بطفلك (أطفالك)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية الذي ترعاه. اكتب اسم (أسماء) وتاريخ (تواريخ) ميلاد كل طفل/شخص فاقد للأهلية.

الفقرة 4: حدد كم من الوقت تُريد أن يظل هذا التفويض ساريًا بوضع إشارة على المربع الملائم والتوقيع بالأحرف الأولى من اسمك بجانبه. تذكر، يُمكنك دائمًا أن تبطل (تلغي) هذا التعيين في وقت مبكر عن موعد انتهائه إذا أردت. إن المعلومات الخاصة بإمكانية فعل هذا مُتَضمنة بنهاية هذه التعليمات.

* استخدم (أ) إذا كنت تُريد هذا التعيين أن يكون صالحًا لستة أشهر. إذا اخترت هذا الخيار، يجب أن تُقدم العنوان ورقم الهاتف الخاصّين بولي الأمر (الوالديْن) والشخص الآخر، ويجب أن تكون جميع التوقيعات موثقة.
* استخدم (ب) إذا كنت تريد هذا التعيين أن يكون صالحًا لثلاثين يومًا. ليس عليك تضمين العناوين وأرقام الهواتف بالنسبة لهذا الخيار، لكن يُنصح بأن تقوم بذلك في حالة احتاج مقدمي الرعاية الطبية أو التعليمية التواصل معك.
* استخدم (ج) إذا كنت تريد أن تستخدم تواريخ محددة، لمدة أقل من أو أكثر من ثلاثين يومًا. تذكر، إن هذا التعيين لا يُمكن أن يُستخدم لأكثر من ستة أشهر، وأنك يجب أن تقوم بتضمين عناوين وأرقام هواتف وتوقيعات موثَّقة إذا كنت تريده أن يكون صالحًا لأكثر من ثلاثين يومًا.
* **استخدم (د)** إذا كنت تريد هذا التعيين أن يبدأ عند حدوث شيء محدد، في حالة دخولك المستشفى على سبيل المثال. لهذا الاختيار، اكتب الواقعة المحددة في المساحة الأولى الموفرة (مثال: "عندما يتم إدخالي إلى المستشفى") واكتب التاريخ أو الواقعة التي يترتب عليها انتهاء صلاحية التعيين في المساحة الثانية (مثال: "بعد ثلاثين يومًا" أو "عندما يتم السماح لي بالخروج من المستشفى"). يجب أن تقوم أيضًا بتضمين العناوين وأرقام الهواتف والتوقيعات الموثقة إذا أردت أن يكون التعيين صالحًا لأكثر من ثلاثين يومًا.

الفقرة 5: ضع قائمة بالأشياء التي ترغب أن يكون الشخص الذي تُعينه قادرًا على فعلها. اشطب ووقع بالحروف الأولى من اسمك أمام كل أمر لا تريد أن تسمح للشخص الذي تُعينه أن يؤديه. إذا كان هناك أشياء أخرى تريد أن تمنع الشخص الذي تعينه من أن يقوم بها، فاستخدم السطور الفارغة أسفل القائمة لكتابة تلك الأشياء. على سبيل المثال، إذا أردت أن يتم التواصل معك قبل إجراء أي اختبار صحة عقلية، يُمكنك كتابة ذلك في المساحة الموفرة.

**الفقرة 6:** تسمح هذه الفقرة للشخص الذي عينته بإمكانية الوصول إلى السجلات والمعلومات الطبية الخاصة بطفلك (أطفالك)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية الذي ترعاه.

**الفقرة 7:** تقدم هذه الفقرة بعض المعلومات الخاصة بهذا النموذج. إن ولي الأمر الذي يظهر اسمه في "الفقرة 1" هو من يوقع ويؤرخ النموذج. إذا كان هذا التفويض سيصبح ساريًا لمدة أطول من ثلاثين يومًا، يجب أن يكون التوقيع موثَّقًا. في هذه الحالة، ستحتاج إلى أخذ النموذج إلى موثق عام قبل أن توقع عليه، ثم توقع النموذج أمام هذا الموثق العام، الذي سيوقع حينها النموذج ليثبت أنه قد شهِد على توقيعك. إذا لم يحدث هذا، فستنتهي صلاحية التفويض تلقائيًا بعد ثلاثين يومًا.

الفقرة 8: إذا كان هناك أمر محكمة سارٍ يتطلب أن يوافق كِلا الوالدين على القرارات تعليمية و/أو الصحية التي تخص الطفل (الأطفال)، فحينها سيكتب الوالد الآخر اسمه القانوني بالكامل وعنوانه ورقم الهاتف في المساحات الموفرة. وكما في حالة الوالد الأول، لا يجب عليه أن يقدم عنوانه ورقم هاتفه إذا كان التفويض لمدة ثلاثين يومًا أو أقل، لكنه قد يرغب في ذلك. يجب أن يقدم هذه المعلومات وأن يوقع النموذج أمام موثق عام، إذا كان التفويض سيستمر لأكثر من ثلاثين يومًا. إذا لم يكن هناك أمر محكمة سارٍ يتطلب أن يوافق كِلا الوالدين، يُمكنك ترك هذه الفقرة فارغة.

**الفقرة 9:** اكتب الاسم القانوني بالكامل الخاص بالشخص المُعين "لتولي الوصاية" على الطفل (الأطفال)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية. ثم يوقّع بعدها على النموذج ويؤرخه، ليبين أنه يوافق على أن يصبح الشخص الذي يتولى الوصاية. إذا كان هذا التفويض سيستمر لأكثر من ثلاثين يومًا، يجب أن يوقّع هو أيضًا النموذج أمام موثق عام.

# معلومات أخرى:

* إجراءات العلاج الطبي الكبرى: إن الشخص الذي تعينه لا يستطيع أن يوافق على "إجراءات العلاج الطبي الكبرى" وهو أي تدخل أو إجراء طبي أو جراحي أو تشخيصي يُستخدم فيه مخدر عام، أو يتضمن أي مخاطرة كبيرة أو أي انتهاك للسلامة الجسدية يتطلب إحداث قطع أو ينتج عنه ألم بالغ أو انزعاج أو ضعف أو يلزمه فترة تعافٍ كبيرة. هذا لا يتضمن: أي تشخيص أو علاج روتيني مثل استخدام الأدوية، ما عدا العلاج الكيميائي، في الحالاتٍ غير النفسية أو للتغذية أو استخراج سوائل من الجسم للتحليل؛ أو المعالجة بالتخليج الكهربائي أو إجراءات رعاية الأسنان التي تُجرى باستخدام مخدر موضعي؛ أو أي إجراءات تُنفذ تحت ظروف طارئة، بموجب القسم رقم 2504 من قانون الصحة العامة؛ أو سحب أو التوقف عن إعطاء علاج طبي يحافظ على الوظائف الحياتية؛ أو التعقيم أو إجهاض الحمل.

على سبيل المثال؛ فإن الشخص المُعين يستطيع أن يعطي موافقته لطفل/شخص فاقد الأهلية على الخضوع للإجراءات المعتادة الخاصة بصحة الأسنان، مثل الحشوات، لكن ليس لجراحة الأسنان حيث سيكون الوصي عليه مُخدرًا أثناء العملية، مثل عملية خلع ضرس العقل. سيتعين الحصول على موافقة وليّ الأمر بالنسبة للإجراءات الطبية الكبرى.

* إبطال هذا التعيين: لإبطال (إلغاء) التفويض، يجب عليك فقط أن تُخبر الشخص الذي عينته أنك تريد أن تفعل هذا، وهو مُطالَب بأن يُخطر مقدمي الخدمات التعليمية والطبية ذوي الصلة أن التفويض قد انتهى. وفي حين أن وليّ الأمر ليس مُطالَبًا بأن يفعل هذا كتابيًا أو أن يُخطر مقدمي الخدمات التعليمية والصحية لطفله (أطفاله)/الشخص (الأشخاص) فاقد الأهلية الذي يرعاه أنه قد أبطل التفويض، إلا أنه قد يرغب بفعل هذا لكي لا يحدث التباس. إذا وقّع والدان على هذا النموذج فإن أيًّا منهما يُمكنه إلغاء التعيين بنفسه، وأنت لا تحتاج كِلا الوالدين.