纽约州

儿童和家庭援助办公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

**监护人任命书**

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

1. 本人， ，特此声明，本人为下列儿童/无行为能力人士的家长，并且任何管辖地内都没有有效法院命令禁止本人执行本人进行授权的权力。
2. 本任命书有效期内可以联系到本人的地址和电话为：

地址：

电话：家庭 ( ) ；工作 ( )

其他 ( )

1. 本人现临时委托 （已满十八周岁，居住地为纽约 ，

 电话号码为 ( ) ）照顾下列儿童/无行为能力人士：

 {姓名}出生日期

 {姓名}出生日期

 {姓名}出生日期

 {姓名}出生日期

1. 依据本表授予监护人的任何权限的有效期（勾选适当的复选框并签署姓名首字母）：

 a. 为六个月，自签署本任命书的日期开始，或者直到撤销日期为止，以较早的日期为准（必须包括所有各方的地址和电话号码并由所有各方在公证人的见证下签名），或者

 b. 为三十天，自签署本任命书的日期开始，或者直到撤销日期为止，以较早的日期为准，或者

 c.

自

（日期）开始，

直到

（日期）（含），或者直到撤销日期为止，以较早的日期为准，或者

 d. 自

（说明事件）开始，直到 为止，或者直到撤销日期为止，以较早的日期为准。

1. 对于上述儿童/无行为能力人士，上述监护人获授权：

（划掉不适用选项并签署姓名首字母）

1. 审查学校记录；
2. 注册入学；
3. 向学校请假；
4. 同意参与学校课程和/或学校举办的活动；
5. 同意与学校相关的医疗照护；\*
6. 投保医疗计划；
7. 同意疫苗接种；\*
8. 同意一般医疗保健；\*
9. 同意医疗程序；\*
10. 同意牙科护理；
11. 同意发育筛查；和/或
12. 同意心理健康检查和/或治疗。

\*《公共卫生法》(Public Health Law) 第 2504 条禁止的除外

家长规定的条件可进一步限制任何上述授权，并且如果限制上述授权，则在下文列出限制条件（例如，如果无法通过电话或其他电子方式联系到家长，家长可以授予同意心理健康检查的权限）。

1. 本人进一步授权监护人申请、接收和审查，完整和无限制访问，以及获得上述第 3 段中所列各儿童/无行为能力人士的任何和所有健康、医疗、财务信息以及/或者任何满足下列条件的信息和/或记录的完整未编辑副本：45 CFR. §164.501 中定义为并且 65 Fed. Reg. 82462 中所述个人身份健康信息隐私标准中规定为受保护隐私记录的信息和/或记录；或者《公共法》(Public Law) 104-191 号 1996 年《健康保险携带和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act，HIPAA) 涵盖的任何信息和/或记录。本人理解，此等健康医疗记录中所含的信息可能包括与性传播疾病、罹患性免疫缺陷综合征 (AIDS)、AIDS 相关综合征 (ARC) 和人体免疫缺损病毒 (HIV)、行为或心理健康服务、酒精和/或药物滥用和/或上瘾治疗相关的信息。本人进一步理解，本人可访问和/或接收将按 45 CFR §164.524 等规定使用或披露对象的信息对照表。本人进一步理解，本人自愿授权披露此健康信息；本人可以拒绝签署此授权。本人进一步理解，此信息的任何披露行为涉及到第三方在未获授权的情形下进一步披露此信息的可能性，并且进一步披露此信息的行为可能不受 HIPAA 保护。为引导披露方披露前述隐私和/或受保护保密信息，如果所述披露方因依赖本文件做出披露而遭受 HIPAA 项下保密规则中规定的任何责任，本人永久免除所述披露方的责任，使其免受伤害。
2. **向家长和监护人发出的通知**：依据本表做出的授权有效期至以下较早的日期：家长撤销日期或者上文第 4 段所述日期。已经签署本任命书的家长可随意撤销此授权，并且可以向相关学校和医疗保健提供者告知此等撤销。收到家长的撤销通知的监护人应立即告知已经根据本节向其出示授权的学校、医疗保健提供者或健康计划。监护人未能告知接受者授权或撤销的，家长的撤销通知仍然有效。

此授权是临时的，但是家长可延长。然而，参与到长期护理安排中的家长和监护人可以启动司法程序，约定法律监护权或确定监护，作出更长远的法律安排。

注意： 授权期限超过 30 天的，必须对下列所有签名进行公证

日期：

（家长签名）

在本人面前宣誓

20 年 月 日。

公证人

1. 本人， ，也是本表所列儿童/无行为能力人士的家长，有法院命令要求两位家长必须就此等儿童/无行为能力人士的教育和/或健康决定达成一致意见，并且本人特此在下文签名，同意本任命书。

本任命书有效期内可以联系到本人的地址和电话为：

地址：

电话：家庭 ( ) ；工作 ( )

其他 ( ) 。

日期：

（家长签名）

在本人面前宣誓

20 年 月 日。

公证人

1. 本人， ，被指定为本表所列儿童/无行为能力人士的监护人，特此在下文签名，同意本任命书。

日期：

（签名）

在本人面前宣誓

20 年 月 日。

公证人

基于纽约州《一般义务法》第 5-1551 条的**监护人任命书说明**。

# 本表的目的：

如果您在特定时间内无法亲自为您的儿童或您照顾的无行为能力人士作出医疗和教育决定，那么本表允许您任命另一人作出此等决定。此授权的有效期最长为六个月。如果您需要其他人照顾您的儿童/无行为能力人士六个月以上，那么您可能需要考虑其他选择。

如果有法院命令要求两位家长就儿童的教育和/或健康决定达成一致意见，那么两位家长都必须签署本表。如果无此要求，那么只需要一位家长的签名。

您将所有家长权利包含在此授权中，并且可以随时取消（撤销）此授权。您指定的人士可以与您的儿童的学校、老师和医疗提供者进行交流，能够做出常规决定。您指定的人士不能同意外科手术或其他重大医疗程序，但能够同意常规医疗事项。如果您不希望您指定的人士能够做出某些决定，比如与疫苗接种相关的决定，那么您可以在本表中进行说明。如果您指定的人士作出与您的儿童/无行为能力人士相关的您不认可的决定，那么您可以改变此决定。

被任命人士必须同意成为“监护人”，并且不必承担儿童/无行为能力人士的资金支持责任。即使被任命人士居住在另一校区，您的儿童也不必更换校区。如果您去世或丧失行为能力，那么本任命书自动终止。

# 本表使用说明：

**第 1 段：**在空白处填写您的合法全名。如果存在有效法院命令要求两位家长签名，那么另一位家长必须在第 7 段中的空白处填写姓名。

**第 2 段：**填写您的地址和电话号码。如果没有包含此信息，授权的有效期不会超过三十天。使用此授权有效期内您暂住的地址，即使不是您的法定住所也不例外。例如，如果是在您住院期间使用此授权，那么您将使用医院地址。

**第 3 段：**填写您希望任命的能够为您的儿童/无行为能力人士作出教育和/或健康决定的人士之姓名、地址和电话号码。填写每位儿童/无行为能力人士的姓名和出生日期。

**第 4 段：**勾选适当的复选框并在旁边签署姓名首字母，说明您希望此授权有效的期限。请谨记，如果您愿意，您始终可以提前撤销（取消）本任命书。关于如何进行撤销（取消）的信息见此等说明的末端。

* 如果您希望本任命书的有效期为六个月，请**使用 (a)**。如果您选择该选项，那么您必须提供家长和另一人的地址和电话号码，并且必须对所有签名进行公证。
* 如果您希望本任命书的有效期为三十天，请**使用 (b)**。如果选择该选项，您不必填写地址和电话号码，但是建议填写，以防医疗或教育护理提供者需要联系您。
* 如果您希望使用具体日期表示不到或超过三十天的期限，请**使用 (c)**。请谨记，本任命书的使用期限不能超过六个月，并且如果您希望其有效期超过三十天，那么您必须填写地址、电话号码和公证后的签名。
* 如果您希望本任命书在发生具体事件（如您住院）时生效，请**使用 (d)**。为此，在第一个空白处填写具体事件（实例：“本人入院时”），并在第二个空白处填写本任命书到期的日期或事件（实例：“三十天后”或“本人出院时”）。再次说明，如果您希望本任命书的有效期超过三十天，那么您必须填写地址、电话号码和公证后的签名。

**第 5 段：**列出您希望您任命的人士能够做的每件事情。划掉您不希望允许您任命的人士执行的事项并签署姓名首字母。如果有您不希望您任命的人士做的其他事情，使用列表下的空白行写下来。例如，如果您希望在执行任何心理健康检查之前联系您，您可以在空白处注明。

**第 6 段：**本段允许您任命的人士访问您的儿童/无行为能力人士的医疗记录和医疗信息。

**第 7 段：**本段提供与本表有关的一些信息。姓名出现在第 1 段的家长将签署本表并注明日期。如果此授权的有效期超过三十天，那么必须对签名进行公证。在此情形下，在您签署本表之前，您必须将本表带到公证人处，在其见证下签署本表，并且此公证人也将签署本表，表明他们对您的签名进行了见证。如果不这么做，此授权将在三十天后自动终止。

**第 8 段：**如果有有效法院命令要求两位家长就儿童的教育和/或健康决定达成一致意见，那么另一位家长必须在空白处填写他们的合法全名、地址和电话号码。跟第一位家长一样，如果授权的期限为三十天或更短，那么他们不必提供地址和电话号码，但是他们可自愿提供。如果授权的有效期超过三十天，那么他们必须提供此信息并在公证人的见证下签署本表。如果没有有效法院命令要求两位家长达成一致意见，那么您可以将本段空着。

**第 9 段：**填写被任命为儿童/无行为能力人士之“监护人”的人士的合法全名。他们必须签署本表并注明日期，表示他们同意成为监护人。如果此授权的有效期超过三十天，那么他们还需要在公证人的见证下签署本表。

# 其他信息：

* 主要医学治疗：您任命的人士**不能**同意满足下列条件的“主要医学治疗”：使用全身麻醉药的任何医疗、外科手术或诊断治疗或程序；或者涉及到任何重大风险或大规模入侵身体完整性，需要切口或产生巨大疼痛、不适或乏力，或者需要较长恢复期的主要医学治疗。这不包括：非精神病的化学疗法或营养补充或提取体液用以分析以外的任何常规诊断或治疗，如服药；电痉挛疗法；使用局部麻醉剂的牙科护理；在紧急情况下依据《公共卫生法》第 2504 条提供的任何程序；放弃或终止维持生命功能的医学治疗；或者绝育或终止妊娠。

例如，被任命人士可同意儿童/无行为能力人士接受填充等标准牙科程序，但是不能同意程序期间会失去意识的牙科手术，如拔出智齿。主要医学程序需要家长的同意。

* 撤销本任命书：为撤销（取消）授权，您只需要告诉您任命的人士您希望撤销（取消）授权即可，而且他们需要告知相关教育和医疗提供者授权已经终止。虽然无需家长以书面形式进行撤销（取消），或者告知儿童/无行为能力人士的教育和医疗提供者他们已经撤销授权，但是他们可能希望这么做，以避免产生任何混淆。如果两位家长均已签署本表，那么任何一位家长都可单独取消任命书，无需两位家长同时取消。