



5. W odniesieniu do wyżej określonego dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób, wyżej określona osoba wyznaczona do pełnienia roli rodzicielskiej jest upoważniona do:

(proszę zaznaczyć odpowiednie opcje)

- przeglądania zapisów szkolnych
- zapisywania do szkoły
- usprawiedliwiania nieobecności w szkole
- wyrażania zgody na uczestnictwo w programie szkolnym i/lub sponsorowanej przez szkołę aktywności
- wyrażania zgody na szkolną opiekę medyczną\*
- zgłaszania do programów ochrony zdrowia
- wyrażania zgody na szczepienia ochronne\*
- wyrażania zgody na ogólną opiekę zdrowotną\*
- wyrażania zgody na zabiegi medyczne\*
- wyrażania zgody na opiekę stomatologiczną
- wyrażania zgody na badania rozwojowe
- wyrażania zgody na badanie i/lub leczenie w zakresie zdrowia psychicznego

\* Z wyjątkiem przypadków zakazanych przez paragraf 2504 ustawy o zdrowiu publicznym.

Każde z wyżej określonych upoważnień może zostać dodatkowo ograniczone warunkami określonymi przez rodzica, a w takim przypadku ograniczenia te są podane poniżej (np. rodzic może udzielić upoważnienia do wyrażania zgody na badanie w zakresie zdrowia psychicznego pod warunkiem, że nie będzie można skontaktować się z nim telefonicznie lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych).

6. Ponadto upoważniam osobę wyznaczoną do pełnienia roli rodzicielskiej do występowania o wszelkie informacje zdrowotne, medyczne i finansowe i/lub o jakiegokolwiek informacje i/lub zapisy określone w 45 CFR §164.501 i regulowane przez normy ochrony prywatności informacji zdrowotnych identyfikowalnych osobowo znajdujące się w 65 Rejestrze Federalnym 82462 jako chronione dane prywatne lub w inny sposób objęte ochroną na mocy ustawy o przenoszeniu i odpowiedzialności za ubezpieczenia zdrowotne z 1996 r. (ustawy HIPAA), prawo publiczne 104-191, do otrzymywania i przeglądania takich informacji i/lub zapisów dla każdej z osób wymienionych w ustępie 3 powyżej oraz do uzyskiwania do nich pełnego i nieograniczonego dostępu. Wiem, że informacje zawarte w takich zapisach zdrowotnych i medycznych mogą obejmować informacje dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową, zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS), zespołu związanego z AIDS (ARC) i ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV), świadczeń w zakresie zdrowia behawioralnego lub psychicznego, terapii nadużywania i/lub uzależnienia od alkoholu i/lub narkotyków. Wiem także, że mogę uzyskać dostęp do informacji wykorzystywanych lub ujawnianych zgodnie z 45 CFR §164.524 i nast. i/lub otrzymać opis tych informacji. Wiem również, że udzielenie upoważnienia do ujawnienia tych informacji zdrowotnych jest dobrowolne i że mogę odmówić podpisania niniejszego upoważnienia. Ponadto wiem, że jakiegokolwiek ujawnienie tych informacji niesie ze sobą możliwość dalszego nieuprawnionego ujawnienia tych informacji przez osoby trzecie i że takie dalsze ujawnienie tych informacji może nie być chronione na mocy ustawy HIPAA. W celu skłonienia osoby ujawniającej informacje do ujawnienia wyżej wymienionych prywatnych i/lub chronionych informacji poufnych na zawsze zwalniam tę osobę ujawniającą informację opierającą się na niniejszym instrumencie z jakiegokolwiek odpowiedzialności i zabezpieczam ją przed jakąkolwiek odpowiedzialnością wynikającą z zasad zachowywania poufności określonych w ustawie HIPAA w wyniku tego ujawnienia informacji.

7. UWAGI DLA RODZICÓW I OSÓB PEŁNIĄCYCH ROLĘ RODZICIELSKĄ: Upoważnienie udzielone na mocy niniejszego formularza obowiązuje do wcześniejszej z następujących dwóch dat: daty odwołania niniejszego upoważnienia przez rodzica lub daty określonej w ustępie 4 powyżej. Rodzic, który podpisał niniejsze upoważnienie, może odwołać takie upoważnienie według własnego uznania i może powiadomić odpowiednie szkoły oraz podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej o jego odwołaniu. Osoba znajdująca się w stosunku rodzicielstwa, która otrzyma od rodzica powiadomienie o odwołaniu upoważnienia, niezwłocznie powiadomi o tym jakąkolwiek szkołę, podmiot świadczący usługi opieki zdrowotnej lub program ochrony zdrowia, któremu przedstawiła upoważnienie określone w niniejszej części. Niepowiadomienie przez osobę znajdującą się w stosunku rodzicielstwa odbiorców upoważnienia o jego odwołaniu nie powoduje bezskuteczności prawnej powiadomienia.

Niniejsze upoważnienie jest tymczasowe, ale może zostać przedłużone przez rodzica/rodziców. Jednakże rodzice i osoby wyznaczone do pełnienia roli rodzicielskiej, których dotyczy długoterminowe porozumienie w zakresie sprawowania opieki mogą wystąpić o bardziej stałe uzgodnienie prawne, wszczynając postępowanie sądowe w sprawie ustanowienia opiekuna prawnego lub ustalenia pieczy.

Uwaga: Wszystkie poniższe podpisy muszą być poświadczane notarialnie w przypadku, gdy okres obowiązywania upoważnienia przekracza 30 dni.

Data: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (podpis rodzica) \_\_\_\_\_

Zaprzysiężono w mojej obecności

\_\_\_\_\_ w dniu \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Notariusz \_\_\_\_\_

8. Ja, \_\_\_\_\_, jestem także rodzicem dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób wymienionego/wymienionej/wymienionych w niniejszym formularzu, istnieje nakaz sądowy nakazujący obojgu rodzicom porozumiewanie się przy podejmowaniu decyzji na temat kształcenia i/lub zdrowia dotyczących dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób i niniejszym wyrażam zgodę na niniejsze upoważnienie, składając swój podpis poniżej.

Adres i numer(y) telefonu, pod którymi można się ze mną skontaktować w okresie obowiązywania niniejszego upoważnienia:

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: Dom ( ) - \_\_\_\_\_ Praca: ( ) - \_\_\_\_\_

Inny: ( ) - \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (podpis rodzica) \_\_\_\_\_

Zaprzysiężono w mojej obecności

\_\_\_\_\_ w dniu \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Notariusz \_\_\_\_\_

9. Ja, \_\_\_\_\_, osoba wyznaczona do pełnienia roli rodzicielskiej w odniesieniu do dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób wymienionego/wymienionej/wymienionych w niniejszym formularzu, niniejszym wyrażam zgodę na to upoważnienie, składając swój podpis poniżej.

Data: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Zaprzysiężono w mojej obecności

\_\_\_\_\_ w dniu \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Notariusz \_\_\_\_\_

Instrukcje dotyczące WYZNACZENIA OSOBY DO PEŁNIENIA ROLI RODZICIELSKIEJ zgodnego z artykułem 5-1551 ustawy o ogólnych zobowiązaniach Stanu Nowy Jork.

### **CEL NINIEJSZEGO FORMULARZA:**

Niniejszy formularz pozwala Panu/Pani wyznaczyć inną osobę do podejmowania decyzji medycznych i edukacyjnych dotyczących Pana/Pani dziecka/dzieci lub ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób znajdujących się pod Pana/Pani opieką w przypadku, jeżeli nie może Pan/Pani robić tego samodzielnie przez określony okres. Niniejsze upoważnienie może być wykorzystywane przez okres do 12 miesięcy. W przypadku konieczności przebywania dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób pod opieką innej osoby przez okres przekraczający 12 miesięcy możliwe jest rozważenie innych opcji.

W przypadku istnienia nakazu sądowego wymagającego od obojga rodziców porozumiewania się przy podejmowaniu decyzji na temat kształcenia i/lub zdrowia dotyczących takiego dziecka/dzieci, oboje rodzice muszą podpisać niniejszy formularz. W przeciwnym wypadku wymagany jest podpis tylko jednego rodzica.

Udzielając niniejszego upoważnienia, zachowuje Pan/Pani wszystkie swoje prawa rodzicielskie i może Pan/Pani unieważnić (odwołać) niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie. Wyznaczona przez Pana/Panią osoba będzie mogła rozmawiać ze szkołą i nauczycielami Pana/Pani dziecka/dzieci oraz z podmiotami świadczącymi usługi medyczne na ich rzecz oraz będzie mogła podejmować rutynowe decyzje. Wyznaczona przez Pana/Panią osoba nie będzie mogła wyrażać zgody na operację ani na inne poważne zabiegi medyczne, ale będzie mogła wyrażać zgodę dotyczącą rutynowych spraw medycznych. Jeżeli nie chce Pan/Pani umożliwić wyznaczonej przez Pana/Pani osobie podejmowania określonych decyzji, takich jak decyzje dotyczące szczepień ochronnych, może Pan/Pani to określić w niniejszym formularzu. Jeżeli wyznaczona przez Pana/Panią osoba podejmie decyzję dotyczącą Pana/Pani dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób, z którą się Pan/Pani nie zgadza, może Pan/Pani uchylić tę decyzję.

Wyznaczona osoba musi wyrazić zgodę na bycie „osobą wyznaczoną do pełnienia roli rodzicielskiej” i nie jest zobowiązana do przyjęcia na siebie odpowiedzialności za finansowe utrzymanie dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób. Pana/Pani dziecko nie musi / dzieci nie muszą zmieniać swojego okręgu szkolnego w przypadku, jeżeli osoba ta mieszka w innym okręgu szkolnym. W przypadku Pana/Pani śmierci lub ubezwłasnowolnienia niniejsze wyznaczenie wygasa automatycznie.

### **INSTRUKCJE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z NINIEJSZEGO FORMULARZA:**

**Ustęp 1:** Proszę wpisać swoje pełne imię i nazwisko w przewidzianym do tego miejscu. W przypadku istnienia obowiązującego nakazu sądowego wymagającego złożenia podpisu przez oboje rodziców drugi rodzic wpisuje swoje imię i nazwisko w miejscu przewidzianym w ustępie 7.

**Ustęp 2:** Proszę wpisać swój adres i numer(y) telefonu. W przypadku niewpisania tych informacji upoważnienie nie będzie obowiązywało dłużej niż 30 dni. Proszę wpisać adres, pod którym będzie Pan/Pani przebywać w okresie obowiązywania niniejszego upoważnienia, nawet jeżeli nie jest to Pana/Pani adres zameldowania. Na przykład w przypadku, gdy niniejsze upoważnienie będzie wykorzystywane podczas Pana/Pani hospitalizacji, należy wpisać adres szpitala.

**Ustęp 3:** Proszę wpisać imię i nazwisko, adres i numer telefonu osoby, którą chce Pan/Pani wyznaczyć jako mogącą podejmować decyzje edukacyjne i/lub zdrowotne w odniesieniu do Pana/Pani dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób. Proszę wpisać imię i nazwisko oraz datę urodzenia KAŻDEGO dziecka / KAŻDEJ ubezwłasnowolnionej osoby.

**Ustęp 4:** Proszę określić, przez jaki okres niniejsze upoważnienie ma obowiązywać, zaznaczając odpowiednie okienko i składając obok niego swoją parafkę. Proszę pamiętać, że jeżeli Pan/Pani chce, może Pan/Pani zawsze odwołać (unieważnić) niniejsze wyznaczenie wcześniej. Informacje na temat sposobu, w jaki można to zrobić, znajdują się pod koniec niniejszych instrukcji.

– **Proszę zaznaczyć opcję (a)**, jeżeli chce Pan/Pani, aby niniejsze upoważnienie obowiązywało przez okres 12 miesięcy. W przypadku wybrania tej opcji musi Pan/Pani podać adres i numer telefonu rodzica/rodziców oraz drugiej osoby, a wszystkie podpisy muszą być podpisanymi poświadczonymi notarialnie.

– **Proszę zaznaczyć opcję (b)**, jeżeli chce Pan/Pani, aby niniejsze upoważnienie obowiązywało przez okres 30 dni. W przypadku tej opcji nie musi Pan/Pani wpisać adresów i numerów telefonów, ale jest to zalecane na wypadek, gdyby podmioty świadczące usługi medyczne lub szkoleniowe musiały się z Panem/Panią skontaktować.

– **Proszę zaznaczyć opcję (c)**, jeżeli chce Pan/Pani zastosować konkretne daty dla okresu krótszego lub dłuższego niż 30 dni. Proszę pamiętać, że niniejsze upoważnienie nie może być wykorzystywane przez okres przekraczający 12 miesięcy i że konieczne jest wpisanie adresów i numerów telefonu oraz notarialne poświadczenie podpisów w przypadku, gdy ma ono obowiązywać przez okres przekraczający 30 dni.

– **Proszę zaznaczyć opcję (d)**, jeżeli chce Pan/Pani, aby niniejsze upoważnienie weszło w życie w przypadku wystąpienia określonego zdarzenia, na przykład Pana/Pani hospitalizacji. W tym celu wpisuje się określone zdarzenie w pierwszym przewidzianym miejscu (przykład: „przyjęcie mnie do szpitala”), a w drugim przewidzianym miejscu – datę lub zdarzenie, z którym niniejsze wyznaczenie wygasa (przykład: „następnych 30 dni” lub „do dnia wypisania mnie ze szpitala”). Ponownie konieczne jest wpisanie adresów i numerów telefonu oraz notarialne poświadczenie podpisów w przypadku, gdy upoważnienie ma obowiązywać przez okres przekraczający 30 dni.

**Ustęp 5:** Należy wymienić wszystkie rzeczy, jakie zgodnie z Pana/Pani wolą wyznaczona przez Pana/Panią osoba będzie mogła robić. Proszę skreślić i opatrzyć parafką KAŻDĄ pozycję, do robienia której NIE chce Pan/Pani upoważnić wyznaczonej przez Pana/Panią osoby. Jeżeli istnieją inne rzeczy, których chce Pan/Pani zabronić tej osobie, proszę wpisać je w pustym miejscu pod listą. Na przykład jeżeli chce Pan/Pani, aby skontaktowano się z Panem/Panią przed wykonaniem jakiegokolwiek badania w zakresie zdrowia psychicznego, może Pan/Pani wpisać to w wyznaczonym miejscu.

**Ustęp 6:** Ustęp ten umożliwia wyznaczonej przez Pana/Panią osobie uzyskiwanie dostępu do kartotek medycznych i informacji medycznych dotyczących Pana/Pani dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób.

**Ustęp 7:** Ustęp ten zapewnia pewne informacje dotyczącego niniejszego formularza. Rodzic, którego nazwisko jest wymienione w ustępie 1, podpisuje następnie formularz i opatruje go datą. Jeżeli niniejsze upoważnienie ma obowiązywać przez okres przekraczający 30 dni, podpis musi zostać poświadczony notarialnie. W takim przypadku konieczne jest zabranie formularza do notariusza przed jego podpisaniem i podpisanie go w obecności notariusza, który następnie również podpisze ten formularz w celu wskazania, że był on świadkiem złożenia podpisu przez rodzica. W przeciwnym przypadku niniejsze upoważnienie wygaśnie automatycznie po upływie 30 dni.

**Ustęp 8:** W przypadku istnienia nakazu sądowego wymagającego od obojga rodziców porozumiewania się przy podejmowaniu decyzji na temat kształcenia i/lub zdrowia dotyczących takiego dziecka/dzieci, drugi rodzic wpisuje swoje pełne imię i nazwisko, adres i numer telefonu w przewidzianym do tego celu miejscu. Podobnie jak w odniesieniu do pierwszego rodzica, drugi rodzic nie ma obowiązku wpisania adresu i numeru telefonu w przypadku, gdy upoważnienie ma obowiązywać przez 30 dni lub przez krótszy okres, ale może chcieć wpisać te informacje. Musi on wpisać te informacje i podpisać formularz w obecności notariusza w przypadku, gdy upoważnienie ma obowiązywać przez okres dłuższy niż 30 dni. W przypadku braku nakazu sądowego wymagającego od obojga rodziców porozumiewania się przy podejmowaniu decyzji można nie wypełniać tego ustępu.

**Ustęp 9:** Proszę wpisać pełne imię i nazwisko osoby wyznaczonej „do pełnienia roli rodzicielskiej” w odniesieniu do dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób. Osoba ta podpisuje następnie formularz i opatruje go datą w celu wykazania, że wyraża ona zgodę na bycie osobą wyznaczoną do pełnienia roli rodzicielskiej. Jeżeli niniejsze upoważnienie ma obowiązywać przez okres dłuższy niż 30 dni, musi ona także podpisać formularz w obecności notariusza.

## **POZOSTAŁE INFORMACJE:**

– Poważne leczenie: Wyznaczona przez Pana/Panią osoba **NIE MOŻE** wyrażać zgody na „poważne leczenie”, które oznacza jakąkolwiek interwencję lub zabieg medyczny, chirurgiczny lub diagnostyczny, w ramach którego stosowane jest znieczulenie ogólne lub który wiąże się z jakimkolwiek istotnym ryzykiem bądź jakimkolwiek istotnym naruszeniem integralności ciała, wymagającym cięcia lub powodującym znaczny ból, dyskomfort bądź osłabienie lub wiążącym się z długim czasem powrotu do zdrowia. Nie obejmuje to: jakiegokolwiek rutynowej diagnostyki lub leczenia, takiego jak podawanie innych leków niż chemioterapia, związanych z chorobami niebędącymi chorobami psychicznymi lub odżywianiem, bądź pobierania płynów ustrojowych do badania, terapii elektrowstrząsowej, opieki stomatologicznej przy podaniu znieczulenia miejscowego, zabiegów wykonywanych w nagłych sytuacjach, zgodnie z sekcją 2504 ustawy o zdrowiu publicznym, zaprzestania leczenia podtrzymującego funkcje życiowe ani sterylizacji lub przerwania ciąży.

Przykładowo wyznaczona osoba może wyrazić zgodę na poddanie dziecka / ubezwłasnowolnionej osoby standardowym zabiegom stomatologicznym, takim jak wypełnianie ubytków, ale nie operacji stomatologicznej, podczas której dziecko / ubezwłasnowolniona osoba byłoby/byłaby nieprzytomne(-na), takiej jak usuwanie zębów mądrości. W przypadku poważnych zabiegów medycznych wciąż wymagana będzie zgoda rodzica.

– Odwołanie niniejszego upoważnienia: W celu odwołania (unieważnienia) upoważnienia wystarczy powiedzieć o tym wyznaczonej osobie, a osoba ta jest zobowiązana do powiadomienia odpowiednich podmiotów świadczących usługi edukacyjne i medyczne o wygaśnięciu upoważnienia. Rodzic nie jest zobowiązany do przekazania tego powiadomienia na piśmie ani do powiadomienia podmiotów świadczących usługi edukacyjne i medyczne na rzecz dziecka / dzieci / ubezwłasnowolnionej osoby / ubezwłasnowolnionych osób o odwołaniu upoważnienia, jednakże podmioty te mogą o to poprosić w celu uniknięcia nieporozumienia. W przypadku podpisania formularza przez oboje rodziców każdy z nich może samodzielnie unieważnić to wyznaczenie; nie ma konieczności, aby zrobili to oboje rodzice.