

# SOLAMENTE PARA REFERENCIA

Estado de Maryland – Departamento de Recursos Humanos

## CONSENTIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA – DECLARACIÓN JURADA

*(Instrucciones al dorso)*

Yo, el/la abajo firmante, soy mayor de 18 años de edad y capaz de testificar a los hechos y asuntos descritos aquí dentro. \_\_\_\_\_ (*nombre del niño*), cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_, vive conmigo por causa de la grave adversidad familiar siguiente (*marque cada condición que aplica*):

---

\_\_\_\_\_ Muerte del Padre/Madre/  
Tutor Legal.

\_\_\_\_\_ Encarcelación del Padre/  
Madre/Tutor Legal.

\_\_\_\_\_ Enfermedad Grave del Padre/  
Madre/Tutor Legal.

\_\_\_\_\_ Abandono por el Padre/  
Madre/Tutor Legal.

\_\_\_\_\_ Drogadicción del Padre/Madre

\_\_\_\_\_ Asignación del Padre/ Madre/  
Tutor Legal a Servicio Militar Activo

El nombre y el último domicilio conocido de los padre(s) o tutor legal del niño es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Mi relación familiar con el niño es: \_\_\_\_\_

Mi dirección es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Yo asumí el cuidado familiar informal de este niño de 24 horas al día, siete días a la semana el \_\_\_\_\_ (*fecha*).  
(Día/mes/año)

El nombre y dirección de la escuela adónde va el niño es:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo solemnemente afirmo bajo castigo de perjurio que el contenido precedente es verdadero por lo que yo sé y creo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# SOLAMENTE PARA REFERENCIA

## INSTRUCCIONES

Un pariente que provee cuidado familiar informal para un niño/a puede dar consentimiento a asistencia médica en nombre del niño/a si:

1. Una corte no ha designado un tutor para el niño u otorgado custodia a un individuo aparte del pariente que provee el cuidado familiar informal; y
2. El pariente verifica la relación de cuidado familiar informal a través de la declaración jurada al dorso de esta página.

**El cuidado familiar informal** es un arreglo en que un pariente de un niño que no está en el cuidado, custodia o tutoría del departamento local de servicios sociales, provee por el cuidado y custodia del niño debido a una grave adversidad familiar.

Un **Pariente** es un adulto relacionado al niño por sangre o matrimonio dentro del quinto grado de consanguinidad.

Una **Grave Adversidad Familiar** significa:

1. Muerte de un padre o madre o tutor legal del niño;
2. Enfermedad grave de un padre o madre o tutor legal del niño;
3. Drogadicción de un padre o madre o tutor legal del niño;
4. Encarcelación de un padre o madre o tutor legal del niño;
5. Abandono por un padre o madre o tutor legal del niño;
6. Asignación de un padre o madre o tutor legal del niño a servicio militar activo.

El pariente que provee el cuidado familiar informal debe entregar una declaración jurada cada año al Departamento de Recursos Humanos, Administración de Servicios Sociales para cada año que el niño sigue viviendo con el pariente por cause de una grave adversidad familiar. La dirección es:

Maryland Department of Human Resources  
Social Services Administration  
311 W. Saratoga Street – Room 592  
Baltimore, MD 21201

Si sucede un cambio en el cuidado o en la grave adversidad familiar del niño, el pariente que provee el cuidado familiar informal debe informar al Departamento de Recursos Humanos, Administración de Servicios Sociales por escrito dentro de 30 días después de que sucede el cambio.

Una copia de la declaración jurada debe ser entregada al proveedor de asistencia médica que da tratamiento al niño.

El pariente que provee el cuidado familiar informal puede aplicar en nombre del niño para cualquier beneficio médico y público para el cual el niño puede ser elegible.

Formularios de Declaración Jurada están disponibles sin costo en las oficinas del Comité de Educación de cada condado y en cada Departamento de Salud local.

Acuérdese de dar una copia al proveedor de asistencia de salud del niño.