

# DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADOR

Health Plan  
of San Joaquin



Mountain Valley  
Health Plan

El uso de esta declaración jurada se autoriza en la parte 1.5 (a partir de la sección 6550) de la división 11 del Código de Familia de California.

Al completar este formulario y firmar la declaración jurada, autoriza a que Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") le comparta información sobre la cobertura de seguro de salud del menor. Escriba con letra clara.

**Tengo más de 18 años de edad y el siguiente menor vive en mi hogar.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                                                                                              |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>1. Nombre del menor:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         | <b>2. Fecha de nacimiento del menor<br/>(Mes, Día , Año):</b>                                |                |
| <b>3. Nombre del adulto que brinda autorización:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                              |                |
| <b>4. Dirección de mi hogar:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                              |                |
| Calle o casilla postal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ciudad: | Estado:                                                                                      | Código postal: |
| <b>5. Soy abuelo, abuela, tío, tía u otro familiar calificado del menor (consulte la definición de "familiar calificado" en la página 3 de este formulario).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                              |                |
| <b>6. Marque una de las siguientes opciones o ambas (por ejemplo, si se informó al padre o este dio su autorización, y no se puede ubicar a la madre):</b><br>Le he informado al padre, la madre u otra persona con tutela legal acerca de mi intención de solicitar que se revele información sobre la cobertura de seguro de salud del menor. No recibí ninguna objeción al respecto.<br>En esta oportunidad, no puedo comunicarme con el padre, la madre u otra persona con la tutela legal del menor para informarles sobre la intención de obtener la autorización. |         |                                                                                              |                |
| <b>7. Mi fecha de nacimiento (Mes, Día, Año):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         | <b>8. Número de mi licencia de conducir de California o de la tarjeta de identificación:</b> |                |

**Advertencia:** No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores es incorrecta o si cometerá un delito penado con una multa, prisión o ambos.

**Declaro bajo pena de perjurio y conforme a la ley del Estado de California que la información anterior es fiel y exacta.**

Firma del cuidador

Fecha

# DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADOR

Health Plan  
of San Joaquin



## Tenga en cuenta lo siguiente:

- Esta declaración no afecta los derechos del padre, la madre o el tutor legal del menor con respecto al cuidado, la tutela y el control de este. Tampoco implica que el cuidador tenga la tutela legal del menor.
- Health Plan no tiene la obligación de realizar indagaciones o investigaciones adicionales.
- Esta declaración jurada solo tiene vigencia durante un año después de la fecha de ejecución.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### PARA LOS CUIDADORES:

- A los efectos del punto 5, “familiar calificado” significa cónyuge, padre, madre, padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrino o sobrina. También se refiere a cualquier persona cuyo parentesco se indique con el sustantivo “abuelo” o “abuela”, o el prefijo “bis”, o el cónyuge de las personas especificadas en esta definición, incluso después de la extinción del matrimonio por muerte o disolución.
- Si no es familiar o padre sustituto con licencia, es posible que la ley le exija que obtenga una licencia de hogar sustituto para cuidar a un menor. Si tiene preguntas, llame al departamento local de servicios sociales.
- Si el menor deja de vivir con usted, debe notificar a Health Plan.
- Si no tiene la información que se solicita en el punto 8 (licencia de conducir de California o tarjeta de identificación), proporcione otra forma de identificarse como el número de seguridad social o número de Medi-Cal.
- Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Health Plan al 1-209-942-6320.

### PARA HEALTH PLAN:

- Quien actúe de buena fe y confíe en la declaración jurada de autorización de un cuidador para proporcionar información sobre la cobertura de seguro de salud del menor y no tenga conocimiento de hechos contrarios a los especificados en la declaración jurada no estará sujeto a ninguna responsabilidad penal o civil ante otras personas. Tampoco estará sujeto a medidas profesionales disciplinarias por haber confiado en dicha declaración si se completan las partes aplicables del formulario.
- Esta declaración jurada no implica que el menor sea automáticamente un dependiente a los efectos de la cobertura de cuidado médico.