ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РЕГИСТРАЦИИ НА ДОПУСК* К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ И ОТ ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЧНОГО ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ.

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ ОКРУГА)
CASE NAME
CLIENT CASE NUMBER
WORKER NAME
WORKER NUMBER

ИНСТРУКЦИИ:

Если Вы дядя, тетя, дедушка, бабушка ребенка, за которым Вы присматриваете, и Вам не надо получать разрешение на уход за детьми, пожалуйста, заполните эту анкету и укажите имя (имена) ребенка (детей) и Ваше родственное отношение к нему (ним).

1. Имя присматривающего _____ Дата рождения _____/_____/ _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Телефон ( ) _____

Штат Калифорния требует от присматривающих доказательства, что их возраст 18 лет или старше. Копия водительского удостоверения или другого доказательства возраста присматривающего должна быть приложена.

2. УКАЖИТЕ ФАМИЛИЮ И АДРЕС СЕМЬИ, НА КОТОРУЮ ВЫ РАБОТАЕТЕ.

Фамилия родителей/опекуна _____ Телефон ( ) _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

3. ЗА РЕБЕНКОМ БУДУТ ПРИСМАТРИВАТЬ В (ОТМЕТЬТЕ ОДНО): ☐ Доме ребенка ☐ Доме присматривающего

Под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов Америки и Штата Калифорния я заявляю, что я прямой родственник, родственник по браку или по постановлению суда _____ (ДЯДЯ, ТЕТЯ, ДЕДУШКА, БАБУШКА,)

ребенка (детей):

_____ (ИМЯ РЕБЕНКА), _____ (ИМЯ РЕБЕНКА), _____ (ИМЯ РЕБЕНКА),

_____ (ИМЯ РЕБЕНКА), _____ (ИМЯ РЕБЕНКА), _____ (ИМЯ РЕБЕНКА),

_____ (ИМЯ РЕБЕНКА), _____ (ИМЯ РЕБЕНКА), за которым (и) я присматриваю.

Я понимаю, что я освобожден от регистрации на допуск к работе с детьми и засвидетельствования личного здоровья и безопасности, т. к. я дядя, тетя, дедушка или бабушка.

Я понимаю, что дача ложной или неполной информации может преследоваться по закону и наказываться штрафом и (или) тюремным заключением.

ПОДПИСЬ УХАЖИВАЮЩЕГО	ДАТА

Я заявляю, что я родитель/опекун ребенка (детей), перечисленных в этой анкете, что я прочел заявление ухаживающего за моим ребенком (детьми) и что я согласен с заявлением в отношении родственного отношения присматривающего к моему ребенку (моим детям).

Я понимаю, что я должен немедленно вернуть эту анкету в окружной департамент социального обеспечения, Программу альтернативных платежей или другое платежное агентство.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА

COUNTY OR AAP USE ONLY (Для округа)

Return this form by:_____ to:

* система наведения справок о любом человеке, работающим в сфере присмотра за детьми.