ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РЕГИСТРАЦИИ НА ДОПУСК К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ И ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ЛИЧНОГО ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ (TRUSTLINE)

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)
CASE NAME
CLIENT CASE NUMBER
WORKER NAME
WORKER NUMBER

ИНСТРУКЦИИ: Эта форма для тети, дяди, бабушки или дедушки, которые присматривают за ребенком. Вам не нужна лицензия или регистрация на допуск к работе с детьми, чтобы получать от штата возмещение присмотр за детьми. Но если у вас нет лицензии и вы не зарегистрированы, вы должны заполнить эту форму. Эта форма должна быть заполнена и немедленно сдана в окружной департамент социального обеспечения, Программу альтернативных платежей или другое платежное агентство.

1. Имя присматривающего_____ Дата рождения присматривающего _____/ __/_____
   (ЛИЦО, КОТОРОЕ БУДЕТ ПРИСМАТРИВАТЬ ЗА РЕБЕНКОМ)

   Адрес_____Город_____Штат_____Индекс _____

   Телефон ( ) _____

   Штат Калифорния требует доказательство, что вам 18 лет или больше. Пожалуйста, приложите копию вашего водительского удостоверения или другого доказательства вашего возраста.

2. Укажите имя и адрес семьи, за детьми которой вы будете присматривать.

   Имя родителя/Опекуна _____ Телефон ( ) _____

   Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс_____

3. За ребенком будут присматривать в (*Отметьте одно*): ☐ Доме ребенка ☐ Доме присматривающего

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния, что я по крови, браку или постановлению суда являюсь ☐ Тетей ☐ Дядей ☐ Бабушкой или дедушкой

_____, _____, _____,
ИМЯ РЕБЕНКА ИМЯ РЕБЕНКА ИМЯ РЕБЕНКА

_____, _____, _____,
ИМЯ РЕБЕНКА ИМЯ РЕБЕНКА ИМЯ РЕБЕНКА

_____, _____ за которым я присматриваю.
ИМЯ РЕБЕНКА ИМЯ РЕБЕНКА

Я понимаю, что так как я тетя, дядя, дедушка или бабушка ребенка/детей, указанных в этой форме, я не обязан запросить регистрацию на допуск к работе с детьми и не должен заполнять само-свидетельство личного здоровья и безопасности.

Я понимаю, что я не сотрудник отдела соцобеспечения округа, программы альтернативных платежей или другого платежного агентства.

Я понимаю, что предоставление ложной или неполной информации может преследоваться по закону и наказываться штрафом и/или тюремным заключением.

Подпись присматривающего _____ Дата _____

Я заявляю, что я родитель/опекун ребенка (детей)перечисленных в этой форме, что я прочел заявление присматривающего за моим ребенком (детьми) и что я подтверждаю заявление присматривающего о родственном отношении к моему ребенку (детям).

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния, что насколько мне известно, информация указанная на этой странице является правильной и достоверной. Я понимаю, что предоставление ложной или неполной информации может преследоваться по закону и наказываться штрафом и/или тюремным заключением.

Подпись родителя/взрослого опекуна _____ Дата _____

COUNTY OR APP USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

Return this form by:_____ to: