

MUESTRA, este formulario es solo para referencia.
(Complete la versión escrita en inglés)

Declaración del Solicitante (Proveedor de Cuidado) Actuando como Representante Autorizado de Persona Incapacitada o ya Fallecida que Recibe Cuidado



Instrucciones:

- **Falleció la persona que recibe cuidado** – Si la persona que recibe el cuidado ha fallecido:
 - El solicitante (proveedor de cuidado) debe completar las secciones A, B y E.
- **La persona que recibe cuidado está mentalmente incapacitada** – Si la persona que recibe cuidado está mentalmente incapacitada:
 - El solicitante (proveedor de cuidado) debe completar las secciones A y E.
 - El médico/profesional médico de la persona que recibe cuidado debe completar la sección C.
- **La persona que recibe cuidado está físicamente incapacitada** – Si la persona que recibe cuidado está físicamente incapacitada:
 - El solicitante (proveedor de cuidado) debe completar las secciones A, D y E.
 - El médico/profesional médico de la persona que recibe cuidado debe completar la sección C.

Sección A – Información y certificación del solicitante

Número de Seguro Social del solicitante (proveedor de cuidado): _____

Nombre del solicitante (proveedor de cuidado): _____

Fecha de inicio de la solicitud: _____

Nombre de la persona que recibe cuidado: _____

Yo, _____, autorizo al Departamento del Desarrollo del Empleo a divulgar mi
Nombre del solicitante (proveedor de cuidado)

información personal, la cual se encuentra en este formulario, a la persona que recibe cuidado y al médico/profesional médico que certifica en este documento la incapacidad mental o física de la persona que recibe cuidado.

Firma del solicitante (proveedor de cuidado): _____ Fecha de la firma: _____

Sección B – Falleció la persona que recibe cuidado

Falleció la persona que recibe cuidado

Yo declaro que la persona que recibe cuidado falleció en _____ en
Mes, día, año

_____, _____, _____
Ciudad Condado Estado

Sección C – Certificación del médico/profesional médico de la persona que recibe cuidado que está mentalmente o físicamente incapacitada

Yo, _____, por la presente certifico que el paciente (persona que recibe
Nombre del médico/profesional médico

cuidado) nombrado en este documento está bajo mi cuidado y, según mi examinación, la persona que recibe el cuidado está: (seleccione una opción)

mentalmente incapaz físicamente incapaz

para firmar documentos o autorizar la divulgación de su expediente médico.

Nombre del médico/profesional médico como aparece en su licencia

Firma del médico/profesional médico

Dirección

Número de licencia médica estatal

Número de teléfono

Fecha

Sección D – Designación del representante/agente autorizado de la persona que recibe cuidado

Yo, _____, residiendo en _____,
Nombre de la persona que recibe cuidado Ciudad

Condado

Estado

por la presente nombro a _____ como mi verdadero y legítimo representante/agente.
Nombre del representante/agente autorizado

El representante/agente anteriormente nombrado está autorizado a firmar documentos a mi nombre y divulgar mi expediente médico a la persona que me cuida (el solicitante) y al Departamento del Desarrollo del Empleo para propósitos de establecer la solicitud de la persona que me cuida para beneficios del Permiso Familiar Pagado o el Seguro de Incapacidad no Industrial –Programa de Ausencia por Cuidado Familiar.

El representante/agente autorizado debe firmar a continuación en la presencia de dos testigos.

Firma de la persona que recibe cuidado – Firmado por
el representante/agente autorizado

Fecha

Por _____
Firma del representante agente autorizado/solicitante

Firma del testigo

Firma del testigo

Dirección del testigo

Dirección del testigo

Sección E – Declaración del representante/agente autorizado

Yo, _____, residiendo en _____
Nombre del representante/agente autorizado Dirección (calle)
_____, declaro que soy _____
Ciudad, estado, código postal Relación con la persona que recibe cuidado
de _____.
Nombre de la persona que recibe cuidado

Yo declaro que soy el proveedor de cuidado (solicitante) y el representante/agente autorizado de la persona que recibe cuidado nombrada en este documento. Estoy legalmente autorizado para firmar documentos a nombre de la persona que recibe cuidado y divulgar el expediente médico de esa persona con el fin de establecer elegibilidad para beneficios del Permiso Familiar Pagado o el Seguro de Incapacidad No Industrial – Programa de Ausencia por Cuidado Familiar. Entiendo que esta declaración tiene el único propósito de divulgar el expediente médicos de la persona que recibe cuidado en relación con los beneficios del Permiso Familiar Pagado o el Seguro de Incapacidad no Industrial – Programa de Ausencia por Cuidado Familiar del proveedor de cuidado (solicitante). Acepto las responsabilidades y obligaciones que surjan de actuar en nombre de la persona que recibe el cuidado de acuerdo con el Código del Seguro de Desempleo de California y los reglamentos autorizados al respecto.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado en _____, _____, _____
Ciudad Condado Estado

Firma del representante/agente autorizado Fecha