

NSS del Solicitante: _____
 Nombre del Solicitante: _____
 Fecha de Vigencia: _____
 Persona Siendo Cuidada: _____

Declaración del Individuo Actuando como Representante Autorizado de Persona Siendo Cuidada Incapacitada o ya Fallecida
 (COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO)

Yo _____ autorizo al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) a divulgar mi información personal contenida en este formulario, a la persona siendo cuidada, al representante autorizado(a) de la persona siendo cuidada y al médico o practicante certificando que la persona siendo cuidada está mentalmente incapacitada o fallecida.

Firma del Solicitante _____ Fecha que lo firma _____

Yo, _____, residiendo en _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DIRECCION DE RESIDENCIA
 _____, declaro que soy el _____
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL PARENTESCO

De _____ de ahora en adelante, "la persona siendo cuidada." Yo declaro
NOMBRE DE LA PERSONA SIENDO CUIDADA
 que estoy autorizado legalmente a divulgar información del expediente médico de la persona siendo cuidada para el propósito de establecer el derecho a beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) del solicitante.

Fallecido. Yo declaro que el solicitante murió el _____ en _____
MES, DÍA, AÑO CIUDAD
 _____,
CONDADO ESTADO

Mentalmente Incompetente. Yo he sido informado(a) por _____ que
MÉDICO O PRACTICANTE
 la persona siendo cuidada no está mentalmente competente para autorizar la divulgación de información de él/ella en el expediente médico, para el propósito de establecer el derecho a beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL).

Certificación Médica: Por la presente, certifico que la persona siendo cuidada y citada anteriormente está bajo mi cuidado y que, en base a mi reconocimiento, la persona siendo cuidada, está mentalmente incapacitada para autorizar la divulgación de información de él/ella en el expediente médico. Además, certifico que soy un _____ debidamente autorizado por el Departamento del
CLASE DE MÉDICO O PRACTICANTE
 Desarrollo del Empleo (EDD).

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MAQUINA EL NOMBRE COMO APARECE EN SU LICENCIA

FIRMA DEL MÉDICO O PRACTICANTE A CARGO DEL PACIENTE

DIRECCION

NUMERO DE SU LICENCIA MEDICA ESTATAL

NUMERO DE TELÉFONO

FECHA

Físicamente Incapacitado(a). Yo he sido informado por _____ que la
MÉDICO O PRACTICANTE
 persona siendo cuidada no está físicamente capacitada para firmar una autorización para divulgar la información de él/ella en el expediente médico.

Certificación Médica: Por la presente, certifico que la persona siendo cuidada y citada anteriormente está bajo mi cuidado y que, en base a mi reconocimiento, que la persona siendo cuidada está físicamente incapacitada para autorizar la divulgación de información de él/ella en el expediente médico. Además, certifico que soy un debidamente autorizado por el Departamento
CLASE DE MÉDICO O PRACTICANTE
 del Desarrollo del Empleo (EDD).

_____ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MAQUINA EL NOMBRE COMO APARECE EN SU LICENCIA	_____ FIRMA DEL MÉDICO O PRACTICANTE A CARGO DEL PACIENTE
_____ DIRECCIÓN	_____ NÚMERO DE SU LICENCIA MÉDICA ESTATAL
_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ FECHA

NOMBRAMIENTO POR LA PERSONA SIENDO CUIDADA: Yo, _____
PERSONA SIENDO CUIDADA
 residiendo en _____, _____, _____
CIUDAD CONDADO ESTADO

por la presente nombro a _____ como mi agente verdadero y legal, y de ahora
REPRESENTANTE
 en adelante el "representante", para que autorice la divulgación de la información en mi expediente médico a la persona que me cuida y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) para el propósito de establecer la solicitud del Permiso Familiar Pagado (PFL) de la persona que me cuida. Debido a que mi incapacidad no me permite firmar mi nombre, por la presente autorizo y dirijo a mi representante anteriormente citado, a que firme mi nombre en este documento.

Ejecutado en la presencia de dos testigos.

_____ FIRMA DE LA PERSONA SIENDO CUIDADA NO ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE	_____ FECHA
Por _____ FIRMA DEL REPRESENTANTE	
_____ FIRMA DEL TESTIGO	_____ FIRMA DEL TESTIGO
_____ DIRECCIÓN	_____ DIRECCIÓN

Entiendo que esta Declaración se hace con el único propósito de divulgar la información del expediente médico de la persona siendo cuidada, para establecer el derecho de la persona suministrando cuidado, a beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL). Yo acepto las responsabilidades y obligaciones que resulten de actuar en favor de la persona siendo cuidada, en conformidad con el Código del Seguro del Desempleo de California y los ordenamientos autorizados pertinentes a lo mismo.

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

Ejecutado en _____, _____, _____
CIUDAD CONDADO ESTADO

▶ _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE FECHA