



California Childcare Safety Plan (CSP)

Plan De Seguridad Para El Cuidado
De Hijos Menores (CSP) de California



Childcare Safety
Plan Coalition
Coalición de Plan de Seguridad
Para El Cuidado de Niños



SANTA CRUZ COUNTY
IMMIGRATION
COALITION

Only for use in California • Para uso exclusivo en California.

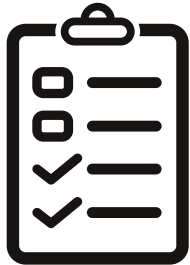
The Importance of Family Emergency Preparedness

Family Emergency Preparedness is more important than ever in today's uncertain world. Whether due to military deployment, illness, incarceration, emergency situations, or deportation, there may come a time when you are temporarily unable to care for your children. In these moments, having a plan in place to ensure your kids are cared for by someone you trust is vital.



This document serves as a temporary childcare custody plan, designed to clearly outline your wishes for who will care for your children if something were to happen to you. Completing this form will help provide peace of mind knowing that your children will be looked after by a responsible caregiver of your choosing, should the need arise.

La Importancia de la Preparación para Emergencias Familiares



La preparación para emergencias familiares es más importante que nunca en el mundo incierto de hoy. Ya sea por un despliegue militar, enfermedad, encarcelamiento, situaciones de emergencia o deportación, puede llegar el momento en que no pueda cuidar temporalmente a sus hijos. En estos momentos, tener un plan para asegurar que sus hijos sean cuidados por alguien en quien usted confíe es vital.

Este documento sirve como un plan temporal de custodia infantil, diseñado para detallar claramente sus deseos sobre quién cuidará a sus hijos si algo le sucediera. Completar este formulario brindará tranquilidad, sabiendo que sus hijos estarán al cuidado de un responsable cuidador elegido por usted, si fuera necesario.

THIS FORM SHOULD BE COMPLETED WITH ASSISTANCE

For locations of where to complete this form on the Central Coast, please see page 4. Scan the QR Code to request help.

For other statewide locations, visit ILRC.org.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO CON ASISTENCIA

Para lugares donde puede obtener ayuda para completar este formulario en la Costa Central, consulte la página 4. Para solicitar ayuda para completar este formulario, escanee el código QR.

Para otros lugares en todo el estado, visite ILRC.org.



Information for Parents

What do I need to fill out?

At a minimum, it is crucial for parents to complete the 4-page CSP in case of family separation. The Caregiver's Authorization Affidavit should be attached to the CSP and left blank for the authorized caregiver to complete in the case of separation. Although the other resources are optional, completing them is highly recommended.

Which Documents Should I Bring?

Your photo ID (matricula, driver's license, or passport are accepted), Your children's birth certificates, *Optional*: Your children's passports, if you have them and *if* you wish them to be able to travel with your chosen caregiver.

This is a free document. You should not be charged any money for it. This is general information only, not legal advice.

This CSP is not an official form provided by state law. There is no guarantee that any or all provisions of your plan will be honored. For specific advice about your family's situation, consult a licensed attorney.

Información para los Padres

¿Qué necesito para completar?

A mínimo, es fundamental que los padres completen el CSP en caso de separación familiar. La Declaración Jurada de Autorización del Cuidador debe adjuntarse al CSP y dejarse en blanco para que el cuidador autorizado la complete en caso de separación. Aunque los otros recursos son opcionales, se recomienda encarecidamente completarlos.

¿Qué documentos necesito?

Necesita traer identificación con foto (matricula, licencia de conducir o pasaporte), Partidas de nacimiento de sus hijos, Opcional: Los pasaportes de sus hijos, si los tiene y si desea que puedan viajar con su cuidador elegido. (Actas de Nacimiento de Mexico y birth certificates de sus niños)

Este documento es gratuito. No le pueden cobrar por este documento. Esta es solamente información general; no es asesoría legal.

Este CSP no es un formulario oficial proporcionado de acuerdo con la ley estatal. No hay ninguna garantía de que se respetarán alguna o todas las disposiciones de su plan. Si necesita asesoría específica sobre la situación de su familia, consulte a un abogado con licencia.

Complete a Childcare Safety Plan

The heart of a Family Emergency Plan is providing protection for your children if you can't be with them. Talk with your spouse, partner, or your child's other parent, if they are available, and decide who will take care of them.

Monterey County

Free assistance is available to help you complete these forms:

Alisal Family Resource Center

1441 Del Monte Ave., Salinas
(831) 775-4500
Monday-Friday, 8:30am-5pm

Frank Paul Family Resource Center

1300 Rider Ave., Salinas
(831) 775-4530
Monday-Friday, 8:30am-5pm

Martin Luther King Jr. Family Resource Center

925 N. Sanborn Rd., Salinas
(831) 775-4580
Monday-Friday, 8:30am-5pm

Castro Plaza Family Resource Center

10601 McDougall St., Castroville
(831) 633-5975
Monday-Friday - Call for appointment

Monterey College of Law Community Workshop

2620 Colonel Durham St, Seaside
(831) 582-3600
Call for appointment

Family Service Center - Seaside

1178 Broadway Ave., Seaside
(831) 394-4622
Monday-Friday, 8:30am-5pm

Family Service Center - Salinas

433 Salinas St., Salinas
(831) 757-7915
Monday-Friday, 8:30am-5pm

UFW Foundation

118 E. Gabilan St., Salinas
(831) 220-3004
Monday-Friday - Call for appointment



Santa Cruz County

Free assistance is available to help you complete these forms:

La Manzana Community Resources

521 Main Street, Suite Y, Watsonville
(831) 724-2997
Monday-Friday 9am-4:30pm
(Closed for lunch 12-1pm)

Nueva Vista Community Resources

711 East Cliff Drive, Santa Cruz
(831) 423-5747
Monday-Friday, 9am-5pm
(Closed for lunch 12-1pm)

Live Oak Community Resources

1740 17th Avenue, Santa Cruz
(831) 476-7284
Monday-Thursday 9am-5pm
(Closed for lunch 12-1pm)
Friday by appointment only

Mountain Community Resources

6134 Highway 9, Felton
(831) 335-6600
Monday-Thursday 9am-5pm
(Closed for lunch 12-1pm)
Friday by appointment only

Community Action Board of Santa Cruz County, Inc (CAB)

(831) 440-3556
Support in Spanish/Mixteco/English
By appointment only

Davenport Resource Service Center

150 Church Street, Davenport
(831)-425-8115
drsc@cabinc.org
CSP form support on Monday and Thursday
3pm-5pm

Monarch Services

*For survivors of domestic violence, rape and
human trafficking only*

- Watsonville (831) 722-4532
East Lake Avenue, Watsonville
Monday-Friday, 9am-5pm
- Santa Cruz (831) 425-4030
1509 Seabright Avenue, Santa Cruz
Monday-Friday, 9am-5pm 233



Completa un Plan De Seguridad Para El Cuidado De Hijos Menores

El proposito de un Plan de Emergencia Familiar es brindar protección a sus hijos si no puede estar con ellos. Hable con su pareja u otro padre/madre de su hijo, si está disponible, y decida quién se ocupará de ellos.

Condado de Monterey

Está disponible asistencia gratuita para ayudarte a completar estos formularios:

Alisal Family Resource Center

1441 Del Monte Ave., Salinas
(831) 775-4500
Lunes-Viernes, 8:30am-5pm

Frank Paul Family Resource Center

1300 Rider Ave., Salinas
(831) 775-4530
Lunes-Viernes, 8:30am-5pm

Martin Luther King Jr. Family Resource Center

925 N. Sanborn Rd., Salinas
(831) 775-4580
Lunes-Viernes 8:30am-5pm

Castro Plaza Family Resource Center

10601 McDougall St., Castroville
(831) 633-5975
Monday-Friday - Llame para una cita

Monterey College of Law Community Workshop

2620 Colonel Durham St, Seaside
(831) 582-3600
Llame para una cita

Family Service Center - Seaside

1178 Broadway Ave., Seaside
(831) 394-4622
Lunes-Viernes, 8:30am-5pm

Family Service Center - Salinas

433 Salinas St., Salinas
(831) 757-7915
Lunes-Viernes, 8:30am-5pm

UFW Foundation

118 E. Gabilan St., Salinas
(831) 220-3004
Lunes-Viernes - Llame para una cita



Condado de Santa Cruz

**Está disponible asistencia gratuita para
ayudarle a completar estos formularios:**

Recursos de la Comunidad La Manzana

521 Main Street, Suite Y, Watsonville
(831) 724-2997
Lunes-Viernes 9am-5pm
(Cerrado por lonche 12-1pm)

Recursos de la Comunidad Nueva Vista

711 East Cliff Drive, Santa Cruz
(831) 423-5747
Lunes-Viernes 9am-5pm
(Cerrado por lonche 12-1pm)

Recursos de la Comunidad Live Oak

1740 17th Avenue, Santa Cruz
(831) 476-7284
Lunes-jueves 9am-5 pm
(Cerrado por lonche de 12-1pm)
Viernes solo con cita previa.

Recursos de la Comunidad Montaña

6134 Highway 9, Felton
(831) 335-6600
Lunes-jueves 9am-5 pm
(Cerrado por lonche de 12-1pm)
Viernes solo con cita previa.

Consejo de Acción Comunitaria del Condado de Santa Cruz, Inc. (CAB por sus siglas en ingles)

(831) 440-3556 - Apoyo in
Español/mixteco/ingles
Solo con cita

Centro de recursos y servicios de Davenport

150 Church Street, Davenport
(831)-425-8115
drsc@cabinc.org
Apoyo llenando las formas de seguridad
para niños el lunes y jueves de 3 a 5 pm

Servicios Monarca

*Para sobrevivientes de violencia
doméstica, abuso sexual y tráfico de
personas solamente*

- Watsonville (831) 722-4532
233 East Lake Avenue, Watsonville
Lunes-Viernes, 9am-5pm
- Santa Cruz (831) 425-4030
1509 Seabright Avenue, Santa Cruz
Lunes-Viernes, 9am-5pm



**Childcare Safety
Plan Coalition**
Coalición de Plan de Seguridad
Para El Cuidado de Niños





Table of Contents

Tabla de Contenidos

- 1** **CHILDCARE SAFETY PLAN**
PLAN DE SEGURIDAD PARA EL CUIDADO DE HIJOS **P1**
- 2** **CAREGIVER AUTHORIZATION AFFIDAVIT**
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN **P7**
- 3** **REFRIGERATOR SHEET**
HOJA DE REFRIGERADOR **P12**
- 4** **FAMILY INFORMATION FOR THE CAREGIVER**
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA **P15**
- 5** **TRAVEL CONSENT FOR CHILDREN**
AUTORIZACIÓN DE VIAJE PARA NIÑOS **P20**
- 6** **PLANNING FOR ALTERNATIVE GUARDIAN**
PLANIFICACIÓN PARA UN TUTOR ALTERNATIVO **P24**
- 7** **CHECKLIST FOR UNDOCUMENTED PARENTS**
LISTA DE VERIFICACIÓN DE EMERGENCIA FAMILIAR PARA PADRES INDOCUMENTADOS **P26**



CHILDCARE SAFETY PLAN

PLAN DE SEGURIDAD PARA EL CUIDADO DE HIJOS

CHILDCARE SAFETY PLAN
PLAN DE SEGURIDAD PARA EL CUIDADO DE HIJOS

A. To Whom it May Concern [A quien corresponda]:

I, _____ [1st Parent's Name],
and I, _____ [2nd Parent's Name],
write this Childcare Safety Plan ("Plan") to state my plan for the care and safety of my children. I want this Plan to take effect immediately if and when the Parent(s) signing this Plan become Incapacitated. By "Incapacitated," I mean if, while my children are under the age of 18, I am: (1) detained by law enforcement; (2) incarcerated; (3) deported or removed; (4) unavailable or mentally or physically disabled to the point where I cannot care for my children for a significant period of time; (5) deployed militarily and/or (6) deceased.

Yo, [Nombre del primer padre], y yo, [Nombre de segundo padre], escribo este Plan de seguridad para el cuidado de hijos ("Plan") para declarar mi plan para el cuidado y la seguridad de mi(s) hijo(s). Quiero que este Plan tenga efecto inmediato, siempre y cuando el padre y / o madre que firman este Plan no puedan cuidar a sus hijos menores y se encuentren "incapacitados" para cumplir sus responsabilidades como padres. Por "Incapacitado", quiero decir: si, mientras tengo algún hijo o hijos menores de 18 años, estoy (1) detenido por la policía o alguna otra autoridad, (2) encarcelado, (3) deportado o expulsado del país, (4) no disponible o incapacitado mentalmente o físicamente hasta el grado en que no pueda cuidar a mis hijos durante un período significativo de tiempo, (5) desplegado militarmente y / o (6) fallecido.

B. Children's Names [Nombres de los niños]:

I am the Parent or Guardian of the following minor children, who are covered by this Plan:

Soy el padre o tutor de los siguientes hijos menores, que están cubiertos por este Plan:

CHILD'S NAME: <i>Nombre del niño:</i>	DATE OF BIRTH: <i>Fecha de nacimiento:</i>

C. Designation of Caregiver [Designación del cuidador]:

If I am Incapacitated, I choose the following people to be the Caregiver for my children. I trust these people with the care of my children if I am unable to care for my children myself. I believe they will provide a safe home for my children and will be able to provide for my children's basic needs. I have discussed my plans with them and they have agreed to serve as Caregiver for my children if I am Incapacitated. I reserve the right to continue to participate in the care of my children to the maximum extent I am able during my period of Incapacity.

Si estoy incapacitado, elijo a las siguientes personas para ser Cuidador(a) de mis hijos. Confío a estas personas el cuidado de mis hijos si yo fuera incapaz de hacerlo por mi propia cuenta. Creo que van a proporcionarles un hogar seguro y serán capaces de satisfacer sus necesidades básicas. He discutido mis planes con ellos y ellos han aceptado servir como Cuidadores de mis hijos si estoy incapacitado para ello. Me reservo el derecho de seguir participando en el cuidado de mis hijos en la medida de lo posible durante mi período de incapacidad.

Caregiver [Cuidador]:

NAME: <i>Nombre</i>	ADDRESS: <i>Dirección/Domicilio:</i>	PHONE: <i>Teléfono:</i>
---------------------	--------------------------------------	-------------------------

First Alternate Caregiver (If Caregiver is not able or willing to serve as a Caregiver for my children):

Primer Cuidador alternativo (*Si a primera persona no es capaz o no está dispuesto a ser el Cuidador de mis hijos*):

NAME: <i>Nombre:</i>	ADDRESS: <i>Dirección/Domicilio:</i>	PHONE: <i>Teléfono</i>
----------------------	--------------------------------------	------------------------

Second Alternate Caregiver (If the First Alternate Caregiver is not able or willing to serve as Caregiver):

Segundo Cuidador alternativo (*Si el primer Cuidador alternativo no puede o no quiere ser Cuidador de mis hijos*):

NAME: <i>Nombre:</i>	ADDRESS: <i>Dirección/Domicilio:</i>	PHONE: <i>Teléfono:</i>
----------------------	--------------------------------------	-------------------------

[Parent - If you choose to NOT select alternate caregivers, cross out the extra boxes. It is strongly advised that you select at least a first alternate caregiver.]

[Padres - Si decide NO seleccionar Cuidadores alternativos, por favor tache las cuadros extras. Es recomendable que seleccione al menos un Cuidador alternativo.]

D. Caregiver's Authorization Affidavit *[Declaración Jurada de Autorización del Cuidador]:*

If I am Incapacitated, the Caregiver has my permission to complete a Caregiver's Authorization Affidavit and to use the Affidavit for all of the reasons authorized by California Family Code Sections 6550-6552.

Si estoy incapacitado, el cuidador tiene mi permiso para completar la Declaración Jurada de Autorización del Cuidador y de usar la Declaración Jurada para todas las razones autorizadas por la Sección 6550-6552 del Código de Familia de California.

E. Additional Powers I Grant to the Caregiver *[Poderes adicionales que otorgo al Cuidador]:*

If I am Incapacitated, the Caregiver has my permission to do all of the following things:
Si estoy incapacitado, el cuidador tiene mi permiso para hacer todo lo siguiente:

1. To participate in and authorize any and all school-related activities, including field trips, parent-teacher conferences, access to records, special education, and all other school activities that I would have been able to participate in or authorize if I were present.
Participar y autorizar cualquiera y todas las actividades relacionadas con la escuela, incluyendo excursiones, conferencias de padres y maestros, el acceso al expediente académico, educación especial, y todas las demás actividades de la escuela en las que yo hubiera podido participar o autorizar si estuviera presente.
2. To enroll my children in community programs and recreational activities.
Para inscribir a mis hijos en los programas comunitarios y actividades recreativas.
3. To provide for all of my children's health care needs and make necessary health care decisions.
Para proveer todas las necesidades de cuidado de la salud de mis hijos y tomar decisiones médicas necesarias.

4. To travel within the United States with my children and/or to arrange for my children to travel to reunite with me.

Viajar dentro de los Estados Unidos con mis hijos y / o hacer arreglos para que mis hijos viajen para reunirse conmigo.

5. To apply for any public benefits for my children to the same extent I would have been able to apply for them if I were present.

Para solicitar cualquier beneficio público para mis hijos en la misma medida en que habría sido capaz de hacerlo por ellos si estuviera presente.

6. To apply for health insurance for my children.

Para solicitar un seguro de salud para mis hijos.

7. For any other purpose that allows my children to participate in educational, health, social and community activities, just as if I were present.

Para cualquier otro propósito que le permita a mis hijos participar en actividades educativas, de salud, sociales y de la comunidad, como si yo estuviera presente.

[Parent - If you DO NOT wish to give these additional powers to the Caregiver, you may strike a line through those powers you DO NOT grant and write your initials next to the strike-out.]

[Padre: si NO desea otorgar estos poderes adicionales al Cuidador, puede marcar una línea cancelando los poderes que NO otorga y escribir sus iniciales al lado de la opción que haya tachado.]

F. Consent To and Direction For Treatment of Minor Children:

[Consentimiento y dirección para el tratamiento de niños menores]:

If I am Incapacitated, the Caregiver has my permission to use this Plan to obtain medical care for the children identified in this Plan, regardless of the Caregiver's family relationship to my children. The Caregiver may act as my agent to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment, and hospital care that is recommended by, and to be rendered under the general or special supervision of, any licensed doctor or dentist, whether such diagnosis or treatment is rendered at the doctor's office or at a hospital.

I understand that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care being required, but is given to provide authority to the above-named agent to consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care that a licensed doctor or dentist recommends.

This authorization is given pursuant to the provisions of Family Code Section 6910. I hereby authorize any hospital providing treatment to the above-named minor pursuant to the provisions of Family Code Section 6910 to surrender physical custody of the minor to the above-named agent upon the completion of treatment. This authorization is given pursuant to Health and Safety Code Section 1283.

Si estoy incapacitado, el cuidador tiene mi permiso para utilizar este plan para obtener atención médica para los niños identificados en este plan, independientemente de la relación familiar del cuidador con mis hijos. El cuidador puede actuar como mi agente para dar su consentimiento a cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental, y atención hospitalaria recomendada por, y bajo la supervisión general o especial de cualquier médico con licencia o dentista, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se otorga de manera previa a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o requerimiento de atención hospitalaria, pero se brinda a través de este plan para otorgar autoridad al agente mencionado anteriormente en dar su consentimiento para cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico o dentista recomienden.

Esta autorización se otorga de conformidad con la Sección 6910 del Código de Familia. Por la presente autorizo a cualquier hospital que brinde tratamiento al menor mencionado anteriormente en conformidad con la Sección 6910 del Código de Familia para entregar la custodia física del menor al agente mencionado anteriormente una vez terminado el tratamiento. Esta autorización se otorga en conformidad con la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad.

G. Changes [Cambios]:

I can change or revoke this Plan at any time. I will make any change in writing, sign and date it.
Puedo cambiar o revocar este Plan en cualquier momento. Cualquier cambio que haga será por escrito, firmado y fechado.

H. Parent Signatures (Required) [Firmas de Padres (obligatorio)]:

1st PARENT'S SIGNATURE: <i>Firma del primer padre:</i>	
RELATIONSHIP TO MINOR: <i>Relación con el menor:</i>	Date: <i>Fecha:</i>
2nd PARENT'S SIGNATURE: <i>Firma del segundo padre:</i>	
RELATIONSHIP TO MINOR: <i>Relación con el menor:</i>	Date: <i>Fecha :</i>

[Important Note to Parent: A single parent may complete this form. Usually, but not always, it is best to try to include both parents of the child in these important decisions. If completing this form as a single parent, cross out any spaces designated for the 2nd parent's signature. If there is a 2nd parent who is unwilling or unable to sign this form, and who might attempt to assert parental rights over the child if you are Incapacitated, consult with a family lawyer about your options.]

[Nota importante para los Padres: Un padre/madre soltero/a puede completar este Plan. Usualmente, pero no en todos los casos, se recomienda hacer este tipo de decisiones con los dos padres del hijo. Si completa este Plan soltero/a, tache los espacios designados para la firma del segundo padre. Si alguno de los padres no quiere o no puede firmar este formulario, y éste podría intentar hacer valer sus derechos de padre sobre su hijo en caso de que usted esté incapacitado, se recomienda consultar a un abogado familiar acerca de sus opciones.]

I. Witnesses or Notary Public / Testigos o Notario Público:

[Parent - Sign this document in front of a notary public or in front of two witnesses who are adults and who are not the person designated as a caregiver or alternate caregiver.]

[Padres - Firmar este documento frente a un notario público o frente a dos testigos adultos y que no están nombrados como cuidador o cuidador alterno.]

☐ If this box is checked, I have attached a Notary Certificate of Acknowledgment.

Si esta casilla está marcada, he adjuntado el Certificado de reconocimiento de notario.

☐ If this box is checked, I have had this document witnessed pursuant to California Probate Code Sections 4121 and 4122 instead of having it notarized.

Si esta casilla está marcada, un testigo ha atestiguado mi firma en este documento de conformidad con las Secciones 4121 y 4122 del Código de Sucesiones de California en lugar de tener un certificado legal.

Witnesses Signatures / Firmas de Testigos:

I am an adult and I am *not* the person who is designated as caregiver or alternative caregiver. Pursuant to California Probate Code Sections 4121 and 4122, my signature below indicates that I watched the Parent(s) above sign his/her/their name or mark to this Childcare Safety Plan.

Soy un adulto y no soy la persona designado como cuidador o cuidador alternativo. De conformidad con las secciones 4121 y 4122 del Código de sucesiones de California, mi firma a continuación indica que vi a los padres que nombrados arriba firmar su(s) nombre(s) o marca(s) en este Plan de Seguriada Para el Cuidado de Hijos Menores.

Witness 1 Name - <i>Nombre de testigo:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
Witness 1 Signature - <i>Firma de testigo:</i>	
Witness 1 Contact Information - <i>Información de contacto testigo:</i>	
Witness 2 Name - <i>Nombre de testigo:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
Witness 2 Signature - <i>Firma de testigo:</i>	
Witness 2 Contact Information - <i>Información de contacto testigo:</i>	

California Probate Code Sections 4121-4122 state:

4121. A power of attorney is legally sufficient if all of the following requirements are satisfied:

- (a) The power of attorney contains the date of its execution.
- (b) The power of attorney is signed either (1) by the principal or (2) in the principal's name by another adult in the principal's presence and at the principal's direction.
- (c) The power of attorney is either (1) acknowledged before a notary public or (2) signed by at least two witnesses who satisfy the requirements of Section 4122.

4122. If the power of attorney is signed by witnesses, as provided in Section 4121, the following requirements shall be satisfied:

- (a) The witnesses shall be adults.
- (b) The attorney-in-fact may not act as a witness.
- (c) Each witness signing the power of attorney shall witness either the signing of the instrument by the principal or the principal's acknowledgment of the signature or the power of attorney.

I. Witnesses or Notary Public / Testigos o Notario Público:

[Parent - Sign this document in front of a notary public or in front of two witnesses who are adults and who are not the person designated as a caregiver or alternate caregiver.]

[Padres - Firmar este documento frente a un notario público o frente a dos testigos adultos y que no están nombrados como cuidador o cuidador alterno.]

☐ If this box is checked, I have attached a Notary Certificate of Acknowledgment.

Si esta casilla está marcada, he adjuntado el Certificado de reconocimiento de notario.

☐ If this box is checked, I have had this document witnessed pursuant to California Probate Code Sections 4121 and 4122 instead of having it notarized.

Si esta casilla está marcada, un testigo ha atestiguado mi firma en este documento de conformidad con las Secciones 4121 y 4122 del Código de Sucesiones de California en lugar de tener un certificado legal.

Witnesses Signatures / Firmas de Testigos:

I am an adult and I am *not* the person who is designated as caregiver or alternative caregiver. Pursuant to California Probate Code Sections 4121 and 4122, my signature below indicates that I watched the Parent(s) above sign his/her/their name or mark to this Childcare Safety Plan.

Soy un adulto y no soy la persona designado como cuidador o cuidador alterno. De conformidad con las secciones 4121 y 4122 del Código de sucesiones de California, mi firma a continuación indica que vi a los padres que nombrados arriba firmar su(s) nombre(s) o marca(s) en este Plan de Seguriada Para el Cuidado de Hijos Menores.

Witness 1 Name - <i>Nombre de testigo:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
Witness 1 Signature - <i>Firma de testigo:</i>	
Witness 1 Contact Information - <i>Información de contacto testigo:</i>	
Witness 2 Name - <i>Nombre de testigo:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
Witness 2 Signature - <i>Firma de testigo:</i>	
Witness 2 Contact Information - <i>Información de contacto testigo:</i>	

California Probate Code Sections 4121-4122 state:

4121. A power of attorney is legally sufficient if all of the following requirements are satisfied:

- (a) The power of attorney contains the date of its execution.
- (b) The power of attorney is signed either (1) by the principal or (2) in the principal's name by another adult in the principal's presence and at the principal's direction.
- (c) The power of attorney is either (1) acknowledged before a notary public or (2) signed by at least two witnesses who satisfy the requirements of Section 4122.

4122. If the power of attorney is signed by witnesses, as provided in Section 4121, the following requirements shall be satisfied:

- (a) The witnesses shall be adults.
- (b) The attorney-in-fact may not act as a witness.
- (c) Each witness signing the power of attorney shall witness either the signing of the instrument by the principal or the principal's acknowledgment of the signature or the power of attorney.



CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT

TO BE ATTACHED TO CSP -- COMPLETED BY
CAREGIVER WHEN CHILD IS IN CAREGIVER'S
CUSTODY

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

*PARA SER ADJUNTO AL CSP:
COMPLETADO POR EL CUIDADOR CUANDO
EL NIÑO ESTÁ BAJO SU CUSTODIA*

CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT

Use of this affidavit is authorized by Part 1.5 (commencing with Section 6550) of Division 11 of the California Family Code.

Instructions: Completion of items 1-4 and the signing of the affidavit is sufficient to authorize enrollment of a minor in school and authorize school-related medical care. Completion of items 5 through 8 is additionally required to authorize any other medical care. Print clearly.

The minor named below lives in my home and I am 18 years of age or older.

1. Name of minor: _____
2. Minor's birth date: _____
3. My name: _____
(adult giving authorization)
4. My home address: _____

5. ☐ I am a grandparent, aunt, uncle, or other qualified relative of the minor (see back of this form for a definition of "qualified relative").
6. Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located):
☐ I have advised the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor of my intent to authorize medical care, and have received no objection.
☐ I am unable to contact the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor at this time, to notify them of my intended authorization.
7. My date of birth: _____
8. My California driver's license or identification card number: _____

Warning: Do not sign this form if any of the statements above are incorrect, or you will be committing a crime punishable by a fine, imprisonment, or both.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Dated: _____ **Signed:** _____

NOTICES

- 1. This declaration does not affect the rights of the minor's parents or legal guardian regarding the care, custody, and control of the minor, and does not mean that the caregiver has legal custody of the minor.**
- 2. A person who relies on this affidavit has no obligation to make any further inquiry or investigation.**
- 3. This affidavit is not valid for more than one year after the date on which it is executed.**

ADDITIONAL INFORMATION

TO CAREGIVERS:

- 1) "Qualified relative", for purposes of item 5, means a spouse, parent, stepparent, brother, sister, stepbrother, stepsister, half-brother, half-sister, uncle, aunt, niece, nephew, first cousin, or any person denoted by the prefix "grand" or "great" or the spouse of any of the persons specified in this definition, even after the marriage has been terminated by death or dissolution.
- 2) The law may require you, if you are not a relative or a currently licensed foster parent, to obtain a foster home license in order to care for a minor. If you have any questions, please contact your local department of social services.
- 3) If the minor stops living with you, you are required to notify any school, health care provider, or health care service plan to which you have given this affidavit.
- 4) If you do not have the information requested in item 8 (California driver's license or I.D.), provide another form of identification such as your social security number or Medi-Cal number.

TO SCHOOL OFFICIALS:

- 1) Section 48204 of the Education Code provides that this affidavit constitutes a sufficient basis for a determination of residency of the minor, without the requirement of a guardianship or other custody order, unless the school district determines from actual facts that the minor is not living with the caregiver.
- 2) The school district may require additional reasonable evidence that the caregiver lives at the address provided in item 4.

TO HEALTH CARE PROVIDERS AND HEALTH CARE SERVICE PLANS:

- 1) No person who acts in good faith reliance upon a caregiver's authorization affidavit to provide medical or dental care, without actual knowledge of facts contrary to those dated on the affidavit, is subject to criminal liability or to civil liability to any person, or is subject to professional disciplinary action, for such reliance if the applicable portions of the form are completed.
- 2) This affidavit does not confer dependency for health care coverage purposes.

Declaración De Autorización Jurada Del Cuidador

El uso de esta declaración es autorizado por Parte 1.5 (comenzando con la sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

Instrucciones: La finalización de los artículos 1 al 4 y con que la declaración este firmada es suficiente para autorizar la inscripción de un menor en la escuela y para autorizar cuidado médico relacionado con la escuela. La finalización de los artículos 5 al 8 son requeridas adicionalmente para autorizar cualquier otro tipo de cuidado médico. **Solamente llene los artículos 5 al 8 si usted es un familiar del menor. Escriba claramente.**

El menor nombrado a continuación vive en mi (el cuidador) hogar y tengo 18 años o más.

1. Nombre del Menor: _____.
2. Fecha de nacimiento del menor: _____.
3. Mi Nombre (el adulto dando la autorización): _____.
4. Mi domicilio: _____.
5. ☐ Yo soy un abuelo(a), tío(a), esposo(a), hermano(a), hermanastro(a), medio hermano(a), sobrino(a), primo(a), tío(a) abuelo(a), bisabuelo(a), tío(a) bisabuelo(a) del menor o esposo(a) de una de estas personas con relación al menor.
6. Seleccione uno o ambos (por ejemplo, si un padre fue aconsejado y el otro no pudo ser localizado):
☐ Yo notifiqué al padre u otra persona con custodia legal sobre el menor sobre mi intención de autorizar el cuidado médico y no he recibido ninguna oposición.
☐ Al momento yo no puedo contactar al padre u otra persona que tenga la custodia legal sobre el menor para notificarle sobre mi intención de autorización.
7. Mi fecha de nacimiento: _____.
8. Mi número de licencia de conducir o de identificación de CA: _____.

Aviso: No firme esta forma si cualesquiera de estas declaraciones mencionadas arriba son incorrectas, o usted estaría cometiendo un crimen con castigo de multa, de cárcel, o ambos.

Yo declaro bajo castigo de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo precedente es correcto y verdadero.

Fecha: _____

Firma: _____

Avisos

1. Esta declaración no afecta los derechos de los padres del menor o del tutor legal con respecto al cuidado, custodia, y control del menor, y ni significa que el cuidador tenga custodia legal del menor.
2. Una persona que se basa en esta declaración no tiene obligación de hacer más investigación.
3. Esta declaración no es válida por más de un año después de la fecha que es firmada.

Información adicional:

A los cuidadores:

- 1: "Pariente Calificado," para el propósito del artículo 5, significa esposo/a, pariente, padrastro, hermano, hermano, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primer primo, o cualquier persona denominada por el prefijo, o el esposo/a de cualquiera de estas personas nombradas en esta definición, aun después que el matrimonio ha sido terminado por muerte, o disolución.
- 2: La ley podrá requerir que, si usted no es familiar o padre de crianza con licencia, obtenga una licencia de padre de crianza para poder cuidar del menor. Si usted tiene preguntas, por favor contáctese con el departamento de servicios social de su condado.
- 3: Si el menor deja de vivir con usted, es requerido que usted notifique a la escuela, al proveedor de cuidado médico, o al proveedor de servicio médico cual usted le dio una declaración.
- 4: Si usted no tiene la información requerida en el artículo 8 (Licencia de manejar o identificación del estado de California), puede proveer otro tipo de identificación tal como su número social, o su tarjeta de Medi-Cal.

A los funcionarios de la escuela:

- 1: Parte 48204 de código de Educación provee que esta declaración constituye una base suficiente para determinar la residencia del menor, sin el requisito de la tutela u otra orden de custodia a menos que el distrito escolar determine por los hechos actuales que el menor no está viviendo con el cuidador.
- 2: El distrito escolar podrá requerir evidencia adicional razonable que el cuidador vive en la dirección que provee en el artículo 4.

A los proveedores de cuidado médico o planes de servicios de salud:

- 1: Ninguna persona que actúe en confianza de buena fe en la autorización de un cuidador para proveer tratamiento médico o dental, sin conocimiento actual de hechos contrarios a los indicados en la declaración está sujeta a responsabilidad penal o civil a cualquier persona o está sujeta a acciones disciplinaria profesional, por tal confianza si las partes que aplican en la forma son completas.
- 2: Esta declaración no confiere dependencia para fines de cobertura de atención médica.



REFRIGERATOR SHEET

When you have completed your Childcare Safety Plan, place page 13 onto your refrigerator.

The emergency contacts you list on this sheet may be contacted by government officials in case of emergency. They may be your designated caregivers, or someone who knows how to contact your designated caregivers.

HOJA DE REFRIGERADOR

Cuando ha completado su plan de seguridad para el cuidado de hijos menores, coloque la página 13 en su refrigerador.

Los contactos de emergencia que liste en esta hoja pueden ser contactados por funcionarios del gobierno en caso de emergencia. Pueden ser cuidadores designados o alguien que sabe cómo contactar con sus cuidadores designados.

CHILDCARE SAFETY PLAN

PLAN DE SEGURIDAD PARA NIÑOS

My name is / Me llamo:

I have made a Childcare
Safety Plan for the following
children:

*He hecho un plan de
seguridad para el cuidado
de los siguientes niños:*

If anything happens to me,
call the following people
about the care and safety
of my children:

Name / Nombre

*Si algo me sucede, llame a
las siguientes personas
sobre el cuidado y la
seguridad de mis hijos:*

Phone Number / Numero de Telefono

CHILDCARE SAFETY PLAN

OPTIONAL ATTACHMENTS

These attachments are for the use of the Caregiver only. They contain confidential and personal information, including private medical and educational information. The Caregiver should keep all original documents in a confidential and safe place and share copies on a limited and need-to-know basis, only as needed to provide for the care of the children.

PLAN DE SEGURIDAD PARA EL CUIDADO DE HIJOS

ADJUNTOS OPCIONALES

Estos documentos adjuntos son solo para el Cuidador. Contienen información confidencial y personal, incluida información médica y educativa privadas. El cuidador debe guardar todos los documentos originales en un lugar confidencial y seguro, y debe compartir copias de manera limitada y basado en quien la necesite, solo cuando sea necesario para proporcionar el cuidado de los niños.



IMPORTANT INFORMATION ABOUT CHILDREN AND FAMILY

*(OPTIONAL, BUT STRONGLY
RECOMMENDED)*

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS NIÑOS Y FAMILIA

*(OPCIONAL, PERO FUERTEMENTE
RECOMENDADO)*

Children's Important Information for your Designated Caregiver:
Información importante para los niños para su cuidador designado:

1st Parent's name: <i>Nombre de primer padre:</i>	1st Parent's A-Number (if any): <i>Numero-A de primer padre, (si hay):</i>
1st Parent's home address: <i>Dirección del primer padre:</i>	1st Parent's work address: <i>Dirección de trabajo del primer padre:</i>
1st Parent's home phone number: <i>Teléfono de casa del primer padre:</i>	1st Parent's work phone number: <i>Teléfono de trabajo del primer padre:</i>
2nd Parent's name: <i>Nombre del segundo padre:</i>	2nd Parent's A-Number (if any): <i>Numero-A del segundo padre, (si hay):</i>
2nd Parent's home address: <i>Dirección del segundo padre:</i>	2nd Parent's work address: <i>Dirección de trabajo del primer padre:</i>
2nd Parent's home phone number: <i>Teléfono de casa del segundo padre:</i>	2nd Parent's work phone number: <i>Teléfono de trabajo del segundo padre:</i>
1st Emergency Contact Name: <i>Nombre del primer contacto de emergencia:</i>	1st Emergency Contact Relationship to Child: <i>Relación del primer contacto de emergencia con el niño:</i>
1st Emergency Contact phone number(s) <i>Teléfono del primer contacto de emergencia:</i>	
2nd Emergency Contact Name: <i>Nombre del segundo contacto de emergencia:</i>	2nd Emergency Contact Relationship to Child: <i>Relación de contacto de emergencia con el niño:</i>
2nd Emergency Contact phone number(s) <i>Teléfono del segundo contacto de emergencia:</i>	
3rd Emergency Contact Name in Parent's Country of Origin: <i>Teléfono del tercero contacto de emergencia en el país de origen de los padres:</i>	
3rd Emergency Contact phone number(s) in Parent's Country of Origin: <i>Teléfono del tercero contacto de emergencia en el país de origen de los padres:</i>	

**Emergency Call 911 and Community Information 211 Llamada de
emergencia 911 e información de la comunidad 211**

Child One: Name (full legal name): Niño1: <i>Nombre (nombre legal completo):</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento:</i>
Address: <i>Dirección:</i>	Phone/Cell Phone Number: <i>Número de teléfono / celular:</i>
School Name: <i>Nombre de escuela:</i>	School Address: <i>Dirección de escuela:</i>
School Phone: <i>Teléfono de la escuela:</i>	Teacher's Name: <i>Nombre del maestro:</i>
Afterschool Program: <i>Programa después del escuela:</i>	Afterschool Program address and phone: <i>Dirección y teléfono de programa después del escuela:</i>
Other Camp/Sport Program: <i>Otro programa de campamento / deporte:</i>	Other Camp/Sport address and phone: <i>Dirección y teléfono del Otro programa de campamento / deporte:</i>
Allergies: <i>Alergias:</i>	Medical conditions: <i>Condiciones médicas:</i>
Medications: <i>Medicamentos:</i>	Child's Favorite Things: <i>Cosas favoritas del niño:</i>
Doctor's Name, phone number & address: <i>Nombre del doctor, número de teléfono y dirección:</i>	Health Insurance Company and Policy Number: <i>Compañía de seguros de salud y número de póliza:</i>
Dentist: <i>Dentista:</i>	Other Special Needs: <i>Otras necesidades especiales:</i>

<i>Child Two: Name (full legal name):</i> <i>Niño2: Nombre (nombre legal completo):</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento:</i>
Address: <i>Dirección:</i>	Phone/Cell Phone Number: <i>Número de teléfono / celular:</i>
School Name: <i>Nombre de escuela:</i>	School Address: <i>Dirección de escuela:</i>
School Phone: <i>Teléfono de la escuela:</i>	Teacher's Name: <i>Nombre del maestro:</i>
Afterschool Program: <i>Programa después del escuela:</i>	Afterschool Program address and phone: <i>Dirección y teléfono de programa después del escuela:</i>
Other Camp/Sport Program: <i>Otro programa de campamento / deporte:</i>	Other Camp/Sport address and phone: <i>Dirección y teléfono del Otro programa de campamento / deporte:</i>
Allergies: <i>Alergias:</i>	Medical conditions: <i>Condiciones médicas:</i>
Medications: <i>Medicamentos:</i>	Child's Favorite Things: <i>Cosas favoritas del niño:</i>
Doctor's Name, phone number & address: <i>Nombre del doctor, número de teléfono y dirección:</i>	Health Insurance Company and Policy Number: <i>Compañía de seguros de salud y número de póliza:</i>
Dentist: <i>Dentista:</i>	Other Special Needs: <i>Otras necesidades especiales:</i>

<i>Child Three: Name (full legal name):</i> <i>Niño3: Nombre (nombre legal completo):</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento:</i>
Address: <i>Dirección:</i>	Phone/Cell Phone Number: <i>Número de teléfono / celular:</i>
School Name: <i>Nombre de escuela:</i>	School Address: <i>Dirección de escuela:</i>
School Phone: <i>Teléfono de la escuela:</i>	Teacher's Name: <i>Nombre del maestro:</i>
Afterschool Program: <i>Programa después del escuela:</i>	Afterschool Program address and phone: <i>Dirección y teléfono de programa después del escuela:</i>
Other Camp/Sport Program: <i>Otro programa de campamento / deporte:</i>	Other Camp/Sport address and phone: <i>Dirección y teléfono del Otro programa de campamento / deporte:</i>
Allergies: <i>Alergias:</i>	Medical conditions: <i>Condiciones médicas:</i>
Medications: <i>Medicamentos:</i>	Child's Favorite Things: <i>Cosas favoritas del niño:</i>
Doctor's Name, phone number & address: <i>Nombre del doctor, número de teléfono y dirección:</i>	Health Insurance Company and Policy Number: <i>Compañía de seguros de salud y número de póliza:</i>
Dentist: <i>Dentista:</i>	Other Special Needs: <i>Otras necesidades especiales:</i>



POWER OF ATTORNEY FOR CHILDREN TRAVELING ABROAD (OPTIONAL)

I understand the following:

- I have been advised to consult with an attorney before completing a “Power of Attorney for Children Traveling Abroad.”
- Parents should carefully consider the risks associated with giving permission to someone to travel out of the country with their children.
- I must either (1) have this document notarized, or (2) have my signature witnessed by 2 adult witnesses who are not the attorney-in-fact authorized to travel with my children.
- The person who travels with my children may need to carry proof of my deportation or removal.
- The person who travels with my children must have immigration status that allows him/her to travel to and from the United States.
- If my children will travel to or through a non-English speaking country, I may need to complete a translation of the Power of Attorney in addition to the English version.

PODER PARA VIAJAR AL EXTRANJERO CON HIJOS MENORES (OPCIONAL)

Entiendo lo siguiente:

- *Se me ha aconsejado consultar con un abogado antes de completar un “Poder para viajar al extranjero con menores de edad”.*
- *Los padres deben considerar cuidadosamente los riesgos asociados con dar permiso a alguien para viajar fuera del país con sus hijos.*
- *Debo (1) firmar este documento ante notario, o (2) tener mi firma atestiguada por 2 testigos adultos que no están nombrados como el apoderado autorizado para viajar con mis hijos en el documento.*
- *Es posible que la persona que viaja con mis hijos deba presentar una prueba de mi deportación o expulsión.*
- *La persona que viaje con mis hijos debe tener un estado migratorio que le permita viajar dentro y fuera de los Estados Unidos.*
- *Si mis hijos viajarán a o a través de un país que no habla inglés, es posible que deba completar y notariar una traducción del poder además de la versión en inglés.*

**POWER OF ATTORNEY FOR CHILDREN TRAVELING ABROAD /
PODER PARA VIAJAR AL EXTRANJERO CON HIJOS MENORES**

A. To Whom It May Concern / A quien corresponda:

I am a parent with custody rights, access rights and/or parental authority over the children identified below.
Soy un padre con derecho de custodia, derechos de acceso y/o la autoridad paterna sobre el niño que se identifica a continuación.

B. Parent Information / Información de los padres:

1st Parent's Name - <i>Nombre del primer padre</i>	Telephone - <i>Teléfono</i>
Address - <i>Dirección</i>	Email - <i>Correo electrónico</i>
2nd Parent's Name - <i>Nombre del segundo padre</i>	Telephone - <i>Teléfono</i>
Address - <i>Dirección</i>	Email - <i>Correo electrónico</i>

C. Information About Traveling Children / Información sobre los niños que viajan:

1st Child's Name - <i>Nombre del primer niño</i>	Date and Place of Birth - <i>Fecha y Lugar de Nacimiento</i>
Passport Number, Date of Issue, and Passport Issuing Authority <i>Número de pasaporte, fecha de emisión, y autoridad que emite el pasaporte</i>	
Birth Certificate Registration Number and Birth Certificate Issuing Authority <i>Acta de nacimiento Número de certificado y Acta de nacimiento emisión de autoridades</i>	
2nd Child's Name - <i>Nombre del segundo niño</i>	Date and Place of Birth - <i>Fecha y Lugar de Nacimiento</i>
Passport Number, Date of Issue, and Passport Issuing Authority <i>Número de pasaporte, fecha de emisión, y autoridad que emite el pasaporte</i>	
Birth Certificate Registration Number and Birth Certificate Issuing Authority <i>Acta de nacimiento Número de certificado y Acta de nacimiento emisión de autoridades</i>	
3rd Child's Name - <i>Nombre del segundo niño</i>	Date and Place of Birth - <i>Fecha y Lugar de Nacimiento</i>
Passport Number, Date of Issue, and Passport Issuing Authority <i>Número de pasaporte, fecha de emisión, y autoridad que emite el pasaporte</i>	
Birth Certificate Registration Number and Birth Certificate Issuing Authority <i>Acta de nacimiento Número de certificado y Acta de nacimiento emisión de autoridades</i>	

- ☐ If this box is checked I have signed and attached a document detailing information for additional children covered by this Power of Attorney. *Si esta casilla está marcada, he firmado y adjunto un documento que detalla la información de niños adicionales cubiertos por este Poder.*

D. Person Traveling With Children / La persona que viaja con niños:

These children have my/our consent to travel with the following person. During the time period of the trip, I/we authorize this person to seek, obtain and consent to medical care for these children as deemed necessary by a licensed medical or healthcare professional:

Estos niños tienen mi / nuestro consentimiento para viajar con la siguiente persona. Durante el período de tiempo del viaje, autorizamos a esta persona a buscar, obtener y consentir a la atención médica para estos niños según lo considere necesario un profesional médico o de atención médica con licencia:

Name - Nombre	Relationship to Children - Relación con los niños
Email Address - Dirección de correo electrónico	Phone Number - Número de teléfono

- ☐ If this box is checked, these children have my/our consent to travel alone.
Si esta casilla está marcada, estos niños tienen mi / nuestro consentimiento para viajar solo.

E. Destination of Authorized Travel / Destino del Viaje Autorizado:

This Power of Attorney for Children Traveling Abroad is valid for travel from the United States of America ("USA") to the following destination country (as well as any additional countries through which the transportation carrier is required to pass):

Este Poder para el niño que viaja al extranjero es válido para viajar desde los Estados Unidos de América ("EE.UU.") a los siguientes países de destino (así como cualquier otro país al cual el vehículo de transporte es requerido pasar por):

_____.

F. Effective Date / Fecha efectiva:

This power shall become effective only if I am removed or deported from the USA. This power shall become effective on the date I am removed or deported from the USA, and shall remain effective for a period of _____ years. Proof of my removal or deportation can be shown by my agent attaching to this durable power of attorney a copy of my order of removal or deportation.

Este poder será efectivo sólo si soy deportado o expulsado de los EE.UU. Este poder entrará en vigencia en la fecha que sea deportado o expulsado de los EE.UU., y permanecerá en vigencia por un período de [insertar número] años. La persona que acompaña a mi hijo/a mostrará una copia de la Prueba de mi deportación o expulsión adjunta a este poder notarial.

- ☐ If this box is checked, the authority of the agent named under this power of attorney shall become effective immediately upon my signing of this durable power of attorney and shall continue until _____ [insert date or length of time], or I revoke it in writing.

Si esta casilla está marcada, la autoridad de la persona nombrada en este Poder deberá entrar en vigor inmediatamente después de mi firma de este Poder y continuará hasta _____ [insertar la fecha o período de tiempo], o cuando yo lo revoque por escrito.

G. Copies / Copias:

Copies of this Power of Attorney for Children Traveling Abroad are as effective as the original.
Copias de este Poder son tan efectivos como el original.

H. Witness or Notary Public / Testigo o Notario Público

[Parent - Sign this document in front of a notary public or in front of two witnesses who are adults and who are not the person authorized to travel with your children.]

[Padres - Firmar este documento frente a un notario público o frente a dos testigos adultos y que no están nombrados como la persona autorizado para viajar con sus hijos en el documento.]

☐ If this box is checked, I have attached a Notary Certificate of Acknowledgment.

Si esta casilla está marcada, he adjuntado el Certificado de reconocimiento de notario.

☐ If this box is checked, I have had this document witnessed pursuant to California Probate Code Sections 4121 and 4122 instead of having it notarized.

Si esta casilla está marcada, un testigo ha atestiguado mi firma en este documento de conformidad con las Secciones 4121 y 4122 del Código de Sucesiones de California en lugar de tener un certificado legal.

Witness Signatures / Firmas de Testigos:

I am an adult and I am *not* the person who is authorized to travel with the children. Pursuant to California Probate Code Sections 4121 and 4122, my signature below indicates that I watched the Parent(s) above sign his/her/their name or mark to this Power of Attorney for Children Traveling Abroad.

Soy un adulto y no soy la persona autorizado para viajar con los niños nombrado en este documento. De conformidad con las secciones 4121 y 4122 del Código de sucesiones de California, mi firma a continuación indica que vi a los padres que nombrados arriba firmar su(s) nombre(s) o marca(s) en este Poder Para Viajar al Extranjero con Menores de Edad.

Witness 1 Name - <i>Nombre de testigo:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
Witness 1 Signature - <i>Firma de testigo:</i>	
Witness 1 Contact Information - <i>Información de contacto testigo:</i>	

Witness 2 Name - <i>Nombre de testigo:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
Witness 2 Signature - <i>Firma de testigo:</i>	
Witness 2 Contact Information - <i>Información de contacto testigo:</i>	

I. Parent Signatures / Firmas de los padres:

1st Parent's Signature - <i>Firma del primer padre:</i>	Date - <i>Fecha</i>
2nd Parent's Signature - <i>Firma del segundo padre</i>	Date - <i>Fecha</i>



NOMINATION OF FUTURE GUARDIAN FOR MINOR CHILDREN (OPTIONAL)

It is my intention that the Caregiver relationship created by this Childcare Safety Plan satisfy all of my children's significant needs and that a legal guardianship will not be necessary for the care of my children. However, if any of my children has an urgent or critical need while I am Incapacitated that cannot be met by my designated Caregiver in the absence of a court-appointed guardianship, and if a Court of Law determines that a guardianship is necessary for the care of any or all of my children, I want the individual I have identified in the Nomination of Future Guardian for Minor Children to be named by a Court of Law as guardian.

I understand the following:

- It is advisable to consult with an attorney before completing a Nomination of Future Guardian for Minor Children if I do not understand its implications.
- If a Court of Law appoints a guardian for my child, my legal and physical custodial rights will be temporarily suspended. Restoring my legal and physical custodial rights must also be done by a Court of Law.
- California law allows for a guardian to petition a Court of Law for adoption after a period of 2 years. If I fail to communicate with and support my child for more than 6 months, California law allows for a guardian to petition a Court of Law for adoption after only 6 months, which permanently severs my parental rights.
- The Nomination of Future Guardian for Minor Children, attached here, is provided in accordance with California Probate Code Sections 1500-1502.

NOMINACIÓN DE FUTURO TUTOR PARA HIJOS MENORES (OPCIONAL)

Es mi intención que la relación de cuidador creada por este Plan de seguridad del cuidado de hijos cumpla con todas las necesidades importantes de mis hijos y que no sea necesaria una tutela legal para el cuidado de mis hijos. Sin embargo, si alguno de mis hijos tiene una necesidad urgente o crítica mientras estoy incapacitado, y si mi cuidador designado no puede cumplir con la ausencia de una tutela nombrada por el tribunal, y si un tribunal determina que es necesaria una tutela para la atención de cualquiera o de todos mis hijos, deseo que la persona que identifiqué en la Nominación del futuro tutor para niños menores sea nombrada por un tribunal de justicia como tutor.

Entiendo lo siguiente:

- Es aconsejable consultar con un abogado antes de completar una Nominación de futuro tutor para niños menores de edad si no entiendo sus implicaciones.
- Si un Tribunal de Justicia designa a un tutor para mi hijo, se suspenderán temporalmente mis derechos legales y físicos de custodia. Restauración de mis derechos legales y físicos de custodia también deben hacerse en un Tribunal de Justicia.
- La ley de California permite a un tutor solicitar a un Tribunal de Justicia para adoptar a mis hijos después de un período de 2 años. Si no me comunico y no apoyo a mi hijo durante más de 6 meses, la ley de California permite a un tutor solicitar a un Tribunal de Justicia adoptar después de sólo 6 meses lo que rompe permanentemente mis derechos como padre.
- La forma de nombramiento de Tutor permanente se incluye aquí, se proporciona de acuerdo con las Secciones del Código Testamentario de California 1500-1502.

NOMINATION OF FUTURE GUARDIAN FOR MINOR CHILDREN
NOMINACIÓN DE FUTURO TUTOR PARA NIÑOS MENORES

I, _____ [1st Parent's Name], and I, _____
 [2nd Parent's Name], am the Parent or Guardian of the following minor children:
Yo, [nombre del primer padre], y yo, [nombre del segundo padre], soy el padre o tutor de los siguientes hijos menores:

Minor's Name - <i>Nombre de la Menor</i>	Minor's Date Of Birth - <i>Fecha de Nacimiento</i>

I have created a Childcare Safety Plan. It is my intention that the Caregiver named in this Plan will satisfy all of my children's significant needs and that a legal guardianship will not be necessary for the care of my children. However, In the event that a guardianship should in the future be necessary for any minor child of mine, due to my/our death(s), mental or physical incapacity, or prolonged absence, after consulting with legal counsel, I/we hereby nominate the following persons as guardian of the person(s) and/or estate(s) of my minor child(ren), to serve with full powers and without bond.

He creado un Plan de seguridad del cuidado de hijos. Es mi intención que el cuidador nombrado en este Plan cumpla con todas las necesidades importantes de mis hijos y que no sea necesaria una tutela legal para el cuidado de mis hijos. Sin embargo, en el caso de que un tutor en el futuro sea necesario para cualquier menor de edad mío, debido a mi(s) muerte(es), incapacidad mental o física o ausencia prolongada, después de consultar con un asesor legal, yo / nosotros nominamos a las siguientes personas como tutores de la(s) persona(s) y / o herencia(s) de mi(s) hijo(s) menor(s), para servir con plenos poderes y sin fianza.

Proposed Guardian/ Tutor propuesto:

Name - <i>Nombre:</i>	Address - <i>Dirección:</i>	Phone - <i>Teléfono:</i>
-----------------------	-----------------------------	--------------------------

1st Alternate Guardian (If that Guardian is unable or unwilling to serve as Guardian for my children)

1º tutor alternativo (Si ese tutor no puede o no desea servir como tutor para mis hijos):

Name - <i>Nombre:</i>	Address - <i>Dirección:</i>	Phone - <i>Teléfono:</i>
-----------------------	-----------------------------	--------------------------

2nd Alternate Guardian (If that Guardian is not able or willing to serve as Guardian for my children)

2do tutor alternativo (Si ese tutor no puede o no desea servir como tutor para mis hijos):

Name - <i>Nombre:</i>	Address - <i>Dirección:</i>	Phone - <i>Teléfono:</i>
-----------------------	-----------------------------	--------------------------

Parent Signatures / Firmas de padres:

1st parent's signature - <i>Firma del primer padre:</i>	
Relationship to minor - <i>Relación con el menor:</i>	Date - <i>Fecha:</i>
2nd parent's signature - <i>Firma del segundo padre:</i>	
Relationship to minor - <i>Relación con el menor:</i>	Date - <i>Fecha:</i>

FAMILY EMERGENCY CHECKLIST FOR PARENTS WHO ARE UNDOCUMENTED

Know Your Rights!

- ☐ Update School Emergency Contact Cards
- ☐ Consult with Immigration Attorney about your Options to Obtain Documented Status
- ☐ Ask your Consulate about your Family's Rights in your Country of Origin, including Dual Citizenship for your children
- ☐ Get your children passports (from US and/or from your Country of Origin)
- ☐ Give your Emergency Contacts your A-Number if you have one, so they can use the ICE detainee locator to find you if you are detained:
locator.ice.gov/odls/homePage.do
- ☐ Make a Childcare Safety Plan & communicate about it to family and Caregivers

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EMERGENCIA FAMILIAR PARA PADRES INDOCUMENTADOS

¡Conozca sus derechos!

- ☐ Actualice las tarjetas de contacto de emergencia de la escuela
- ☐ Consulte con un abogado de inmigración sus opciones para regularizar su condición migratoria
- ☐ Pregunte a su Consulado acerca de los derechos de su familia en su país de origen, incluida la Doble Ciudadanía para sus hijos
- ☐ Obtenga pasaportes de sus hijos (de EE.UU. y / o de su país de origen) si tiene un número A, compártalo con sus contactos de emergencia, para que puedan usar el localizador de detenidos de ICE y encontrarlo si está detenido: locator.ice.gov/odls/homePage.do
- ☐ Haga un plan de seguridad para el cuidado de hijos y comuníquese a la familia y a los cuidadores

**CHECKLIST OF IMPORTANT DOCUMENTS /
LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS IMPORTANTES**

Keep a file of all of these documents or a copy of these documents in a safe place. Tell your children, family members and designated Caregiver where to find this file in an emergency. It is best to give a copy to the designated caregiver of your children also.

Guarde un archivo de todos estos documentos o una copia de estos documentos en un lugar seguro. Dígales a sus hijos, familiares y Cuidador designado dónde encontrar este archivo en caso de emergencia. Lo mejor es dar una copia al cuidador designado de sus hijos también.

- ☐ Passports - *Pasaportes*
- ☐ Birth Certificates - *Certificados de nacimiento*
- ☐ Marriage License (if applicable) - *Licencia de matrimonio (si corresponde)*
- ☐ Restraining Orders you may have against anyone (if applicable)
Órdenes de restricción que pueda tener contra cualquier persona (si corresponde)
- ☐ A-Number and any immigration documents (work permit, green card, visa, etc.)
Número A y cualquier documento de inmigración (permiso de trabajo, tarjeta de residencia, visa, etc.)
- ☐ Driver's License and other Identification Cards
Licencia de conducir y otras tarjetas de identificación
- ☐ Social Security Card or ITIN Number - *Tarjeta de Seguro Social o Número ITIN*
- ☐ Registry of birth (for US born child registered in a parent's home country if applicable)
Registro de nacimiento (para niños nacidos en los EE. UU. Registrados en el país de origen de un padre, si corresponde)
- ☐ Emergency Numbers and Important Contact Information (copies of the attached forms)
Números de emergencia e información de contacto importante (copias de los formularios adjuntos)
- ☐ Children's medical information, health insurance card, medication list, doctor contact (copies of the attached forms)
Información médica para niños, tarjeta del seguro médico, lista de medicamentos, contacto médico (copias de los formularios adjuntos)
- ☐ Individualized Education Program (IEP) - Any and all Court Orders affecting the legal and/or physical custody of the children
Programa de educación individualizado (IEP) - Todas y cada una de las órdenes judiciales que afectan la custodia legal y / o física de los niños
- ☐ Other - *Otro:* _____
Any other documents you would want to quickly find or that are important to you and your children.
Cualquier otro documento que desee encontrar rápidamente o que sea importante para usted y sus hijos.

Santa Cruz County Rapid Response Hotline
Línea de emergencia del condado de Santa Cruz
(831) 239-4289

Monterey County Rapid Response Hotline
Línea de emergencia del condado de Monterey
(831) 204-8082

**CONOZCA SUS DERECHOS
SI LO PARA LA MIGRA**

(ICE = La nueva MIGRA, Immigration and Customs Enforcement)

**Si usted ve a un agente de ICE, llame
inmediatamente a la línea de emergencia
831-239-4289**

Todos tenemos derechos constitucionales sin importar
nuestro estado migratorio

1. No abra la puerta
2. Guarde silencio
3. No corra, no mienta y no enseñe falsos documentos.
4. Pida que le enseñen la orden de arresto, por la ventana o que la metan por debajo de la puerta
5. Confirme que su nombre y su dirección aparecen en la orden y que está firmada y sellada por un juez de inmigración.
6. Si su información es correcta, salga fuera de la casa y cierre la puerta detrás de usted. (Pida un abogado y ya no conteste ninguna pregunta)
7. Pregunte si lo están arrestando. Si contestan que si, deles la parte de esta tarjeta que esta en Ingles.
8. Informeles que usted es responsable del cuidado de un niño/anciano, o si necesita tomar medicamentos.
9. Si es posible y si no hay peligro, grabe los detalles del arresto, el nombre o la insignia del oficial o pregunte a alguien que lo haga. Las placas o fotos pueden ayudar en la defensa de su caso.

Para mas informacion: <https://sanctuary-sc.net/> o en Facebook:
Sanctuary Santa Cruz. **831-239-4289 LÍNEA DE EMERGENCIA**

**Pregunte si Ud esta siendo arrestado, si le dicen que si,
corte y entregue esta sección al agente de ICE:**

- ✂
- ★ I am exercising my constitutional rights
 - ★ I do not wish to speak with you
 - ★ I do not give you permission to enter my house or car, nor to search me or my house
 - ★ I want to speak to a lawyer

PREPÁRESE - EN CASO QUE LO ARRESTEN

1. Tenga los documentos importantes de usted y su familia listos. Dele una copia a un adulto de confianza.
2. Identifique un adulto responsable que pueda ser el tutor/guardián temporal de sus hijos y agréguelo a la lista de personas que pueden recoger a sus hijos de la escuela en caso de emergencia.

Para más información visite este sitio en la internet:
<http://www.santacruzcourt.org/self-help>

Para recibir ayuda: 831-239-4289

SI YA LO ARRESTARON

Llame a un abogado de inmigración. Si usted paga fianza y pide ver a un juez de inmigración, puede ganar tiempo y permanecer con su familia durante el proceso.

Si no tiene un abogado, usted puede llamar al **Proyecto de Inmigración de Santa Cruz** al **831-724-5667**.

Para mayor información:

1. Para saber donde lo tienen detenido:
<https://locator.ice.gov/odls/homePage.do>
2. Visite el sitio web en <https://sanctuary-sc.net/>
3. Llame a su consulado: México 408-294-3414; El Salvador 415-771-8524;
otro: _____.
4. Recuerde que todo lo que diga puede ser usado contra usted. **NO FIRME NINGÚN DOCUMENTO**, pudiera ser su permiso para que lo deporten o para que La Migra hable con Usted.
5. El alguacil y la policía tienen la obligación de informarle si piensan avisarle a La Migra que usted esta en la cárcel o si La Migra quiere que se les avisen cuando va a salir de la cárcel.

831-239-4289 LÍNEA DE EMERGENCIA
ESTA TARJETA ES GRATUITA

9-15--17