

This document gives someone the right to make school and healthcare decisions for your child(ren).
It can last for 2 years.

تعطي هذه الوثيقة شخص ما الحق في اتخاذ القرارات بشأن المدرسة والرعاية الصحية الخاصة بطفلك (أطفالك).
يمكن أن تخدم لمدة سنتين.

CAREGIVER AUTHORIZATION AFFIDAVIT

الإقرار الخطي لتفويض مقدم الرعاية

Massachusetts General Laws Chapter 201F

قوانين ماساشوستس العامة الفصل ٢٠١ ف

1. AUTHORIZING PARTY (Parent/Guardian/Custodian)

الطرف صاحب الإذن (أحد الوالدين/الوصي/القيّم)

I, Parent, residing at 123 Main Street, Boston, MA 01234

أنا أحد الوالدين المقيم في 123 Main Street, Boston, MA 01234

am the parent/legal guardian/legal custodian (circle one) of the minor child(ren) listed below.

الوالد/الوالدة/الوصي القانوني/القيّم القانوني (ضع دائرة حول إجابة واحدة) على الطفل القاصر (الأطفال) المذكور أدناه.

I do hereby authorize Jessica Jones, residing at
أنني بموجب ذلك أعين جيسিকা جونز ، المقيمة في

321 Main Street, Boston, MA 04321 to exercise concurrently the rights

321 Main Street, Boston, MA 04321 لممارسة الحقوق والمسؤوليات

and responsibilities, except those prohibited below, that I possess relative to the education and health care
of the minor children whose names and dates of birth are:

بالتزامن باستثناء تلك المحظورة أدناه، والتي أمارسها، المتعلقة بالتعليم والرعاية الصحية للأطفال القصر الذين وردت اسماؤهم وتواريخ
ميلادهم:

الطفل # ١ ٢٠١٠/٠١/٠١
Name/الإسم Date of Birth/تاريخ الميلاد

الطفل # ٢ ٢٠٠٧/٠١/٠١
Name/الإسم Date of Birth/تاريخ الميلاد

Name/الإسم Date of Birth/تاريخ الميلاد

Name/الإسم Date of Birth/تاريخ الميلاد

The caregiver may NOT do the following: (If there are any specific acts you do not want the caregiver to perform, please state those acts here.)

لا يمكن لمقدم الرعاية القيام بما يلي: (إذا كان هناك أي أعمال محددة لا تريد أن يقوم بها مقدم الرعاية يرجى توضيحها هنا).

(على سبيل المثال) مقدم الرعاية لا يستطيع تغيير مدرسة طفلي

[OPTIONAL – you can choose an alternate caregiver if you want] In the event that the above-named individual is unavailable or unwilling to serve as the caregiver,

[اختياري - يمكنك اختيار مقدم رعاية بديل إذا أردت] في حالة عدم توفر الفرد المذكور أعلاه أو عدم استعداده للعمل كمقدم رعاية،

I hereby appoint John Smith, residing at 1234 Center Street, Boston, MA 01234,

as the alternate caregiver.

أعين بموجب هذا جون سميث المقيم في 1234 Center Street, Boston, MA 01234، كمقدم رعاية بديل.

اكتب اسم وعنوان الشخص الذي
ترغب أن يهتم بطفلك/أطفالك.
يسمى هذا الشخص "مقدم
الرعاية". يمكن لهذا الشخص
اتخاذ القرارات بشأن المدرسة
والرعاية الصحية الخاصة
بطفلك (أطفالك).

اكتب أي شيء لا تريد أن
يقوم به مقدم الرعاية.

إذا كان الشخص الذي اخترته
كمقدم رعاية لا يمكنه
المساعدة، يمكنك اختيار
شخص آخر في حال احتجت
إليه. اكتب اسمه وعنوانه هنا.

ضع الأحرف الأولى من
الإسم على كل صفحة

The following statements are true: (Please read)
العبارات التالية صحيحة: (يرجى القراءة)

- There are no court orders in effect that would prohibit me from exercising or conferring the rights and responsibilities that I wish to confer upon the caregiver. (If you are the legal guardian or custodian, attach the court order appointing you.)
لا توجد أوامر محكمة سارية تمنعني من ممارسة أو منح الحقوق والمسؤوليات التي أود منحها لمقدم الرعاية. (إذا كنت الوصي أو القيم القانوني أرفق قرار المحكمة الذي قضى بتعيينك).
- I am not using this affidavit to circumvent any state or federal law, for the purposes of attendance at a particular school, or to re-confer rights to a caregiver from whom those rights have been removed by a court of law.
لا أستخدم هذا الإقرار للتحايل على أي قوانين تابعة للولاية أو قوانين فيدرالية لأغراض حضور مدرسة معينة أو إعادة منح الحقوق لمقدم الرعاية التي تمت إزالتها بقرار من المحكمة.
- I confer these rights and responsibilities freely and knowingly in order to provide for the child(ren) and not as a result of pressure, threats or payments by any person or agency.
أمنح هذه الحقوق والمسؤوليات بحرية وعن علم من أجل توفيرها للطفل (الأطفال) وليس نتيجة لضغوط أو تهديدات أو مدفوعات من أي شخص أو وكالة.
- I understand that, if the affidavit is amended or revoked, I must provide the amended affidavit or revocation to all parties to whom I have provided this affidavit.
أدرك أنه إذا تم تعديل أو إلغاء الإقرار يجب أن أقدم الإقرار المعدل أو الملغى لجميع الأطراف الذين قدمت لهم هذا الإقرار

ماذا يعني ذلك؟

- لم تذكر أي محكمة أنه لا يمكنك اتخاذ قرارات بشأن طفلك (أطفالك)
- لم تستكمل هذا النموذج لكي يذهب طفلك (أطفالك) إلى مدرسة أخرى أو لإعطاء مقدم رعاية حقوق انتزعتها المحكمة.
- لا أحد يجبرك على توقيع هذه الاستمارة.
- إذا قمت بتغيير هذه الاستمارة أو إلغاء الإذن ستعطي استمارة جديدة لكل شخص لديه نسخة.

Upon my unavailability, the named minor children will be deemed to be residing with the named caregiver.

عند عدم وجودي سيعتبر الأطفال القاصرين المذكورين كمقيمين مع مقدم الرعاية المذكور.

مقدم الرعاية لديه حقوق في اتخاذ قرارات بشأن طفلك فقط إذا كنت غير متوفر.

This document shall remain in effect until 01/01/2019 (not more than two years from date of signing) or until I notify the caregiver in writing that I have amended or revoked it.

هذه الوثيقة سارية حتى 01/01/2019 (لا تزيد عن سنتين من تاريخ التوقيع) أو حتى أبلغ مقدم الرعاية كتابيًا بأنني قمت بتعديلها أو إلغاؤها.

أنت تحدد مدى صلاحية الوثيقة - لا يمكن أن تكون لأكثر من سنتين.

I hereby affirm that the above statements are true, under pains and penalties of perjury.

أؤكد هنا أن هذه العبارات المذكورة أعلاه صحيحة تحت وطأة وعقوبة الحنث باليمين.

Authorizing Party Signature/الطرف صاحب الاذن: الوالد/الوالدة

Printed name/الإسم مطبوع: الوالد/الوالدة

Telephone number/رقم الهاتف: 617-555-5555

انتباه: يجب توقيع الوثيقة بحضور كاتب العدل.

2. WITNESSES TO AUTHORIZING PARTY SIGNATURE

توقيع شهود الطرف صاحب الاذن

(To be signed by persons over the age of 18 who are not the designated caregiver)

(توقيع من أشخاص فوق سن ١٨ غير معينين كمقدمو رعاية)

الشاهد رقم ١
Witness #1 Signature/ توقيع الشاهد رقم ١

الشاهد رقم ١
Printed Name/ الإسم مطبوع

617-555-5556
Phone Number/ رقم الهاتف

الشاهد رقم ٢
Witness #2 Signature/ توقيع الشاهد رقم ٢

الشاهد رقم ٢
Printed Name/ الإسم مطبوع

617-555-5557
Phone Number/ رقم الهاتف

انتباه: يجب أن يشهد شخصان على توقيعك للوثيقة ومن ثم التوقيع هنا - يجب عليكم جميعاً التوقيع بحضور كاتب عدل. لا يمكن لهذين الشخصين أن يكونا مقدم الرعاية أو الشخص الآخر الذي اخترته أن يكون مقدم الرعاية.

3. NOTARIZATION OF AUTHORIZING PARTY'S SIGNATURE

توثيق توقيع الطرف صاحب الإذن

Commonwealth of Massachusetts

_____, ss

On this date, _____, before me, the undersigned notary public, personally appeared, proved to me through satisfactory evidence of identification, which was _____, to be the person whose name is signed on the preceding document, and swore under the pains and penalties of perjury that the foregoing statements are true.

Signature and seal of notary: _____

Printed name of notary: _____

My commission expires: _____

يجب أن توقعوا أنت والشخصان البالغان الوثيقة بحضور كاتب عدل. عليكم تقديم لكاتب العدل هوية مثل جواز سفر أو رخصة قيادة.

4. CAREGIVER ACKNOWLEDGMENT (To be completed and signed by the caregiver)

أقرار مقدم الرعاية (يتم استكمالها وتوقيعه من قبل مقدم الرعاية)

I, Jessica Jones, am at least 18 years of age and the above child(ren) will reside with me at 123 Main Street, Boston, MA 01234.

اكتب اسم و عنوان مقدم الرعاية.

أنا جيسكا جونز لا يقل عمري عن ١٨ سنة والطفل (الأطفال) سيقومون معي في 123 Main Street, Boston, MA 01234.

This document shall take effect when the child is residing with me. My attestation of the residence of the child shall be sufficient evidence of such and presentation of this signed formed constitutes my attestation.

تصبح هذه الوثيقة سارية المفعول عندما يقيم الطفل معي. يجب أن يكون تصديقي لإقامة الطفل دليلاً كافياً على هذا ويشكل تقديم هذه الوثيقة الموقعة تصديقي.

يعلم مقدم الرعاية أن هذه الوثيقة تعطيه (ها) الحق في اتخاذ قرارات بشأن المدرسة والرعاية الصحية الخاصة بأطفالك عندما يسكنون معه/معها. لا يستطيع (تستطيع) اتخاذ قرار بشأن أمر يعرفون أنك لا توافق عليه. إذا قمت بتغيير أو إلغاء الاتفاق سيعطي مقدم الرعاية نسخ للجميع.

I understand that I may, without obtaining further consent from a parent, legal custodian or legal guardian of the child(ren), exercise concurrent rights and responsibilities relative to the education and health care of the child(ren), except those rights and responsibilities prohibited above. However, I may not knowingly make a decision that conflicts with the decision of the child(ren)'s parent, legal guardian or legal custodian.

أدرك أنه يمكنني بدون الحصول على موافقة أخرى من أحد الوالدين أو القيم القانوني أو الوصي القانوني على الطفل (الأطفال) ممارسة الحقوق والمسؤوليات المتزامنة المتعلقة بالتعليم والرعاية الصحية للطفل (الأطفال) باستثناء الحقوق والمسؤوليات المحظورة المذكورة أعلاه. بيد أنه لا يجوز لي اتخاذ قرار يتعارض مع قرار الوالد/الوالدة أو الوصي القانوني أو القيم القانوني على الطفل (الأطفال).

I understand that, if the affidavit is amended or revoked, I must provide the amended affidavit or revocation to all parties to whom I have provided this affidavit prior to further exercising any rights or responsibilities under the affidavit.

أدرك أنه إذا تم تعديل أو إلغاء الإقرار يجب أن أقدم الإقرار المعدل أو الملغى لجميع الأطراف الذين قدمت لهم هذا الإقرار قبل مواصلة ممارسة أي حقوق أو مسؤوليات بموجب الإقرار.

I hereby affirm that the above statements are true, under pains and penalties of perjury. أؤكد هنا أن هذه العبارات المذكورة أعلاه صحيحة تحت وطأة وعقوبة الحنث باليمين.

Signature of caregiver/توقيع مقدم الرعاية: Jessica Jones

Printed name/الإسم مطبوع: Jessica Jones

Telephone Number/رقم الهاتف: 617-555-5558

Date/التاريخ: 06/01/2017

يمكن لمقدم الرعاية التوقيع في الوقت نفسه الذي توقع أنت فيه أو في وقت آخر. لا يحتاج أن يوقع مقدم الرعاية بحضور كاتب عدل.

5. ALTERNATE CAREGIVER ACKNOWLEDGMENT

اقرار مقدم الرعاية البديل

(To be completed and signed by the alternate caregiver, if you choose one)

(يتم استكماله وتوقيعه من قبل مقدم الرعاية البديل، إذا اخترت واحدًا)

إذا اخترت مقدم
رعاية بديل، اكتب
اسم الشخص
وعنوانه.

I, John Smith, am at least 18 years of age and the above child(ren)
will reside with me at 1234 Center Street, Boston, MA 01234.

أنا جون سميث لا يقل عمري عن ١٨ سنة والطفل (الأطفال) سيقبمون معي في
1234 Center Street, Boston, MA 01234.

This document shall take effect when the child is residing with me. My attestation of the residence of the child shall be sufficient evidence of such and my presentation of this signed form constitutes my attestation.

تصبح هذه الوثيقة سارية المفعول عندما يقيم الطفل معي. يجب أن يكون تصديقي لإقامة الطفل دليلاً كافياً على هذا ويشكل تقديم هذه الوثيقة الموقعة تصديقي.

I understand that I may, without obtaining further consent from a parent, legal custodian or legal guardian of the child(ren), exercise concurrent rights and responsibilities relative to the education and health care of the child(ren), except those rights and responsibilities prohibited above. However, I may not knowingly make a decision that conflicts with the decision of the child(ren)'s parent, legal guardian or legal custodian.

يعلم مقدم الرعاية البديل
أن هذه الوثيقة
تعطيه(ها) الحق في
اتخاذ قرارات بشأن
المدرسة والرعاية
الصحية الخاصة
بأطفالك عندما يسكنون
معها.

أدرك أنه يمكنني بدون الحصول على موافقة أخرى من أحد الوالدين أو القِيم القانوني أو الوصي القانوني على الطفل (الأطفال) ممارسة الحقوق والمسؤوليات المترتبة المتعلقة بالتعليم والرعاية الصحية للطفل (الأطفال) باستثناء الحقوق والمسؤوليات المحظورة المذكورة أعلاه. بيد أنه لا يجوز لي اتخاذ قرار يتعارض مع قرار الوالد/الوالدة أو الوصي القانوني أو القِيم القانوني على الطفل (الأطفال).

لا يستطيع (تستطيع)
اتخاذ قرار بشأن أمر
يعرفون أنك لا توافق
عليه. إذا قمت بتغيير
أو إلغاء الاتفاق
سيعطي مقدم الرعاية
نسخ للجميع.

I understand that, if the affidavit is amended or revoked, I must provide the amended affidavit or revocation to all parties to whom I have provided this affidavit prior to further exercising any rights or responsibilities under the affidavit.

أدرك أنه إذا تم تعديل أو إلغاء الإقرار يجب أن أقدم الإقرار المعدل أو الملغى لجميع الأطراف الذين قدمت لهم هذا الإقرار قبل مواصلة ممارسة أي حقوق أو مسؤوليات بموجب الإقرار.

I hereby affirm that the above statements are true, under pains and penalties of perjury.

أؤكد هنا أن هذه العبارات المذكورة أعلاه صحيحة تحت وطأة وعقوبة الحنث باليمين.

Signature of caregiver/الرعاية مقدم : John Smith

Printed name/الإسم مطبوع : John Smith

Telephone Number/رقم الهاتف : 617-555-5559

Date/التاريخ : 06/01/2017

يمكن لمقدم الرعاية
التوقيع في الوقت نفسه
الذي توقع أنت فيه أو
في وقت آخر. لا يحتاج
أن يوقع مقدم الرعاية
البديل بحضور كاتب
عدل.