

# 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/القيم)

I, \_\_\_\_\_, residing at \_\_\_\_\_

أنا \_\_\_\_\_، والمقيم في \_\_\_\_\_

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

الوالد/الوالدة  الوصي القانوني  القيم القانوني على الطفل القاصر (الأطفال) المذكور أدناه.

I do hereby authorize \_\_\_\_\_, residing at

أنا أفوض بموجبه \_\_\_\_\_، المقيم في

\_\_\_\_\_ to exercise concurrently the rights

بممارسة 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:

المتزامنة باستثناء تلك المحظورة أدناه، والتي أمارسها، المتعلقة بالتعليم والرعاية الصحية للأطفال القاصرين الذين وردت  
اسمائهم وتواريخ ميلادهم:

name/الإسم \_\_\_\_\_ date of birth /تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ 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).

[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, I hereby appoint \_\_\_\_\_, residing at \_\_\_\_\_,

as the alternate caregiver.

[اختياري - يمكنك اختيار مقدم رعاية بديل إذا أردت] في حالة عدم توفر الفرد المذكور أعلاه أو عدم استعداده للعمل كمقدم رعاية ، أعين بموجب هذا \_\_\_\_\_ المقيم في \_\_\_\_\_ كمقدم رعاية بديل.

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 توفير الرعاية 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.

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

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

This document shall remain in effect until \_\_\_\_\_ (not more than two years from the date I sign it) or until I notify the caregiver in writing that I have amended or revoked it.

هذه الوثيقة سارية حتى \_\_\_\_\_ (لا تزيد عن سنتين من تاريخ توقيعي لهذه الوثيقة) أو حتى أبلغ مقدم الرعاية كتابياً بأنني قمت بتعديلها أو إلغاؤها.

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/توقيع الطرف صاحب الاذن/ \_\_\_\_\_  
(parent/guardian/custodian)/ (ولي أمر/ وصي/ قيم)

Printed name/الإسم مطبوع: \_\_\_\_\_

Telephone number/رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

2. WITNESSES TO AUTHORIZING PARTY SIGNATURE

توقيع شهود الطرف صاحب الإذن

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

(توقيع من أشخاص فوق سن 18 غير معينين كمقدمو رعاية)

Witness #1 Signature / توقيع الشاهد رقم ١

Witness #2 Signature / توقيع الشاهد رقم ٢

Printed Name / الإسم مطبوع

Printed Name/ الإسم مطبوع

Phone Number / رقم الهاتف

Phone Number/ رقم الهاتف

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: \_\_\_\_\_

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

اقرار مقدم الرعاية (بنم استكمالته وتوقيعه من قبل مقدم الرعاية)

I, \_\_\_\_\_, am at least 18 years of age and the above child(ren) will reside with me at \_\_\_\_\_. This document shall take effect when the child(ren) is/are residing with me. My attestation of the residence of the child(ren) shall be sufficient evidence of such and presentation of this signed document constitutes my

attestation.

أنا \_\_\_\_\_ ، لا يقل عمري عن ١٨ سنة والطفل (الأطفال) المذكور أعلاه

سوف يسكن معي في \_\_\_\_\_ . تصبح هذه الوثيقة سارية المفعول عندما يقيم الطفل (الأطفال) معي. يجب أن يكون تصديقي لإقامة الطفل (الأطفال) 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.

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 : \_\_\_\_\_

Printed name/ الإسم مطبوع : \_\_\_\_\_

Telephone Number/ رقم الهاتف : \_\_\_\_\_

Date/ التاريخ : \_\_\_\_\_

5. ALTERNATE CAREGIVER ACKNOWLEDGMENT (To be completed and signed by the alternate caregiver, if you choose one)

إقرار مقدم الرعاية البديل (يتم استكمالته وتوقيعه من قبل مقدم الرعاية البديل، إذا اخترت واحداً)

I, \_\_\_\_\_, am at least 18 years of age and the above child(ren) will reside with me at \_\_\_\_\_.

أنا \_\_\_\_\_ ، لا يقل عمري عن ١٨ سنة والطفل (الأطفال) المذكور أعلاه

سوف يسكن معي في \_\_\_\_\_ .

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

تصبح هذه الوثيقة سارية المفعول عندما يقيم الطفل (الأطفال) معي. يجب أن يكون تصديقي لإقامة الطفل (الأطفال) دليلاً كافياً على هذا ويشكل تقديمي لهذه 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.

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 alternate caregiver/ توقيع مقدم الرعاية البديل: \_\_\_\_\_

Printed name/ الإسم مطبوع: \_\_\_\_\_

Telephone Number/ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

Date/ التاريخ: \_\_\_\_\_