

B الملحق

استثمارات هامة

تعليمات التفويض بصلاحيات الوالدين (DPA)

الخطوة 1: قم بإعداد استمارة DPA الخاصة بك

[استخدم أداة اعمل تفويض بصلاحيات الوالدين بنفسك](#)

الخطوة 2: قم بالتوقيع على DPA

ينص قانون ولاية ميشيغان على اعتبار التفويض بصلاحيات الوالدين ساري المفعول دون توقيع كاتب العدل أو توقعات الشهود. ومع ذلك، ربما يفضل بعض الأطباء، أو المدارس، أو غيرهم قبوله إذا كان النموذج موثقًا بالشهود لدى كاتب العدل. إذا تمكنت من العثور على شهود وكاتب عدل، فمن الأفضل أن يشهدوا توقيعك ويوقعوا على الاستمارة.

تتطلب بعض الولايات الأخرى أن تكون استمارة DPA موثقة بالشهود لدى كاتب العدل. إذا كانت استمارتك موثقة بالشهود، تزداد فرص قبولها في ولايات أخرى، إذا لزم الأمر. كما أن اختصاصي الرعاية الصحية، والمدارس وغيرهم ممن سيتعاملون مع هذه الاستمارة ليسوا خبراء قانونيين. على الرغم من أنه ينبغي على الناس قبول الاستمارة دون توقعات الشهود وكاتب العدل، إلا أنه من المحتمل أن لا يكونوا متأكدين مما إذا كان يتعين عليهم العمل بما تنص عليه. إن كون الاستمارة موثقة بالشهود لدى كاتب العدل يطمئن مكاتب الأطباء والمدارس بأن الاستمارة سارية المفعول.

غالبًا ما يتواجد كاتبو العدل في مكاتب المقاطعات، مثل كاتب المقاطعة، إضافة إلى المصارف، والاتحادات الائتمانية، ومكاتب المحاماة، وشركات التأمين. فبعض كاتبى العدل لا يوقعون إلا المستندات الواقعة ضمن إطار عملهم. اتصل أولاً للتأكد مما إذا كان كاتب العدل على استعداد للمساعدة في مثل هذه المستندات، ولمعرفة ما إذا كان يتقاضى رسومًا.

إذا كنت تريد توثيق استمارتك، فلا توقع عليها إلا وأنت أمام كاتب العدل. أحضر معك شاهدين. وقم بالتوقيع على الاستمارة أمام الشهود وكاتب العدل في أسفل الصفحة الأولى عند عبارة "توقيع الوالد[الوالدين]". وبعد توقيعك (وتوقيع الوالد الآخر، إذا أراد التوقيع)، ينبغي أن يوقع الشهود في أعلى الصفحة الثانية عند عبارة "الشهود". ينبغي عليهم توقيع أسمائهم على السطر العلوي، ثم كتابته بوضوح على السطر تحت توقيعهم مباشرة. بعد توقيعك أنت والشهود، قدم الاستمارة لكاتب العدل الذي سيكمل الجزء الخاص به.

إذا كنت لا تريد توثيقها بالشهود لدى كاتب العدل، قم بتوقيع استمارتك في أسفل الصفحة الأولى عند عبارة "توقيع الوالد [الوالدين]".

الخطوة 3: اختياري: أرفق وثائق العناية الصحية

إذا قمت بإدراج معلومات حول مزودي الرعاية الصحية والمعلومات الطبية لأطفالك، سيتم وضعها على الاستمارة المسماة "ملحق المعلومات الطبية". هذه الصفحة ليست مطلوبة، ولكنها يمكن أن تساعد الشخص الذي رشحته لتقديم الرعاية.

كما أنها من الممكن أن تساعد مقدم الرعاية في الحصول على نسخة من بطاقة التأمين الصحي لأطفالك. إذا أردت عمل نسخة عن الواجهتين الأمامية والخلفية لبطاقة التأمين، قم بإرفاقها بعد ملحق المعلومات الطبية.

الخطوة 4: عليك أن تقرر أين تحتفظ باستمارة DPA الأصلية

احتفظ باستمارة DPA في مكان آمن. إذا كان وكيك (الشخص الذي ترشحه لرعاية طفلك) يريد استخدامها حالياً، فأعطه النسخة الأصلية.

يختار البعض الاحتفاظ بالنسخة الأصلية لأنفسهم عندما لا يتركون أطفالهم فوراً مع الشخص الذي تمت تسميته في الاستمارة. إن ما ينبغي عليك فعله يعتمد على كيفية استخدامك للاستمارة وما هو الوضع الآمن في نظرك. إن احتفاظك بالاستمارة يضمن عدم قيام الشخص الذي سمّيته بممارسة صلاحيات الوالدين ما لم ترغب أنت في ذلك. إعطاء الاستمارة الأصلية للشخص الذي سمّيته يمكنه من اتخاذ القرارات الفورية في حالات الطوارئ دون الحاجة للبحث في الأعمال الورقية أولاً.

الخطوة 5: قم بعمل عدة نسخ من DPA وتوزيعها

اعمل نسخة واحدة على الأقل من DPA. احتفظ بنسخة في سجلاتك الشخصية عندما تعطي الأصلية للشخص الذي سيقدم الرعاية لطفلك. سوف يحتاج مقدم الرعاية للنسخة الأصلية الموقعة عندما يريد استخدامها. لذلك، إذا اخترت الاحتفاظ بالأصلية لنفسك، فتأكد من أن الشخص الذي سمّيته في الاستمارة يعرف كيفية الحصول على DPA إذا حدث طارئ.

التفويض بصلاحيات الوالدين

<p>We, _____ and <small>Name of parent #1</small> _____, wish to temporarily <small>Name of parent #2</small> leave our minor child _____ <small>name of child(ren)</small> in the care and custody of _____, <small>name of agent</small> who lives at _____, <small>Street address</small> _____, Michigan _____. <small>City zip code</small></p> <p>We appoint and vest in our Agent full powers as a substitute parent, giving them the authority to do anything and everything required for our child's care. We also authorize our Agent to do any of the things that we, as a parent, could do on behalf of our child. We specifically authorize _____ <small>Name of agent</small> to:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Consent to medical and/or dental care for our child; (2) Enroll our minor child in appropriate schools and/or educational programs; (3) Act or consent to any and all acts with respect to our child's health and well-being, except the power to consent to guardianship, adoption, or marriage. <p>This delegation of parental powers is given pursuant to MCL 700.5103, and will become effective on _____. This power expires six (6) months from the date it begins or on my declaration, whichever comes first.</p>	<p>نحن _____ و _____ <small>اسم الشخص الأول اسم الشخص الثاني</small> نرغب مؤقتاً في ترك طفلنا القاصر _____، <small>اسم الطفل/الأطفال</small> في رعاية وحضانة _____، الذي <small>اسم الوكيل</small> يسكن في _____، <small>عنوان الشارع</small> _____، ميشيغان _____، <small>الرمز البريدي المدينة</small></p> <p>نعين وكيلنا ونعهد إليه بكامل الصلاحيات بصفته والد/ة بديلاً، ونمنحه الصلاحية للقيام بأي وكل شيء تتطلبه رعاية طفلنا. كما نفوض وكيلنا للقيام بأي من الأشياء التي يمكننا، بصفتنا أحد الوالدين، القيام بها نيابة عن طفلنا. وبشكل خاص نفوض _____ <small>اسم الوكيل</small> ب :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) الموافقة على الرعاية الطبية و/أو السنية لطفلنا؛ (2) تسجيل طفلنا القاصر في المدارس و/أو البرامج التعليمية المناسبة؛ (3) التصرف أو الموافقة على أي من وعلى جميع الأعمال المتعلقة بصحة طفلنا ورفاهيته، باستثناء صلاحية الموافقة على الوصاية، أو التبني، أو الزواج. <p>يتم منح التفويض بصلاحيات الوالدين هذا عملاً بالمادة MCL 700.5103، وسيصبح نافذاً اعتباراً من _____. وينتهي مفعول هذه الصلاحية بعد ستة (6) أشهر من تاريخ بدايتها أو عند إعلان ذلك، أيهما أولاً.</p>
--	--

توقيع الوالدين / Signature of Parents :

_____/s/

Parent /الوالد

_____/s/

Parent /الوالدة

NOTE: Michigan does not require this document to be witnessed and notarized. If you wish to have this form witnessed and notarized, do so here:

ملاحظة: لا تتطلب ولاية ميشيغان توثيق هذا المستند بالشهود لدى كاتب العدل. إذا كنت ترغب في توثيقها بالشهود لدى كاتب العدل، قم بذلك هنا:
الشهود /Witnesses:

_____/s/
اطبع اسم الشاهد الثاني، إن وجد:
Print name of witness 1, if any:

_____/s/
اطبع اسم الشاهد الأول، إن وجد:
Print name of witness 2, if any:

(ولاية ميشيغان /STATE OF MICHIGAN :
(مقاطعة /COUNTY :

تم الإقرار بما فيه أمامي وأمام الشهود، _____ و _____ في مقاطعة
اسم الشاهد الأول اسم الشاهد الثاني
_____ ، ميشيغان، بتاريخ _____ من قبل _____ و _____
اسم المقاطعة التاريخ الوالدة
من قبل: _____
الوالد

Acknowledged before me and the witnesses, _____ and _____ in
witness #1 name witness #2 name
_____ County, Michigan, on _____ by _____
County name Date Parent #1 name
and _____ by:
Parent #2 name

_____/s/
كاتب العدل /Notary public :
ولاية ميشيغان، مقاطعة /State of Michigan, County of :
ينتهي تفويضي ف /My commission expires :

ملحق المعلومات الطبية

Health Insurance Information Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	معلومات التأمين الصحي صاحب التأمين الصحي هو: الاسم: _____ رقم بوليصة التأمين: _____ رقم المجموعة: _____
Hospital Preference Name: _____ Address: _____	المستشفى المفضل الاسم: _____ العنوان: _____
Health Care Providers Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ Phone number: _____	مزودو الرعاية الصحية فئة مزود الرعاية: _____ اسم المزود: _____ العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

معلومات حول الأوضاع الصحية/ Information about Medical Conditions

_____ :Allergies/الحساسيات

_____ :medical conditions/الأوضاع الصحية

_____ :Medications/العلاجات

_____ :May NOT have the following medications/لا ينبغي أن يتناول الأدوية التالية

_____ :Other health information/أي معلومات طبية أخرى

تفويض بصلاحيات الوالدين الموافقة على الرعاية لطفلي

(1) أنا، _____، الوالد الوصي على _____، المولود

اسم الطفل

اسم الوالد

بتاريخ _____، وبموجب المادة 700.5103 MCL، أعهد بجميع صلاحيات الوالدين المتعلقة برعاية طفلي

تاريخ ولادة الطفل

القاصر، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الحق في طلب الرعاية الطبية أو العناية بالأسنان، أو الرعاية النفسية وتسجيل الطفل
القاصر في المدرسة إلى: _____.

اسم الوصي الجديد

(2) يتمثل الهدف الصريح من هذه السلطة في السماح للوكيل بالقيام بكل ما يلزم لضمان رعاية آمنة وناجعة لطفلي، والقيام بكل ما يلزم لرعايته/ها. والسبب في
هذا الإيداع ليس لأغراض تعليمية.

(3) هذا التوكيل الرسمي لا يمنح _____ الصلاحية للموافقة على الزواج أو الصلاحية لمنح القاصر حرية التبني.

اسم الوصي الجديد

(4) يكون هذا التوكيل الرسمي ساريًا لمدة لا تزيد على 180 يومًا. وبعد هذا الوقت ينبغي تجديده من قبل الموقع أدناه.

(5) يمكن إلغاء الصلاحيات التي يمنحها هذا المستند في أي وقت بناء على توجيهات _____.

اسم الوالد

التاريخ: _____

توقيع الوالد

التاريخ: _____

شاهد

شاهد

SS (

ولاية ميشيغان

(

مقاطعة

في اليوم _____ من شهر _____، من عام _____، 20، مثل _____ أمامي شخصيًا

ووقع المستند السابق وأقر كذلك بأنه يقوم بذلك بحريته ومحض إرادته.

التوقيع

الاسم: _____

كاتب العدل، ولاية ميشيغان، مقاطعة _____

وأعمل في مقاطعة _____

بنتهي توكيلي في: _____