

Instructions for Delegation of Parental Authority (DPA)

Instrucciones para la delegación de la patria potestad (DPA por sus siglas en ingles)

Step 1: Prepare your DPA

Paso 1: Prepare su DPA

Use the [Do-It-Yourself Delegation of Parental Authority](#) tool.

Utilice la herramienta de delegación de autoridad parental "Hágalo usted mismo".

Step 2: Sign the DPA

Paso 2: Firme el DPA

Michigan law says a Delegation of Parental Authority is valid without a notary's signature or witnesses' signatures. **However, some doctors, schools, or others may be more likely to accept it if the form is notarized and witnessed.** If you can find witnesses and a notary, it is best to have them witness your signature and sign the form.

La ley de Michigan establece que una delegación de autoridad parental es válida sin la firma de un notario o de testigos. Sin embargo, algunos médicos, escuelas o otros pueden estar más dispuestos a aceptarla si el formulario está notariado y atestiguado. Si puede encontrar testigos y un notario, es mejor que sean testigos de su firma y firmen el formulario.

Some other states require a DPA to be witnessed and notarized. If you have it witnessed and notarized, you can increase the chances that it will be accepted in another state, if needed. Also, health care professionals, schools, and others who will interact with this form are not legal experts. Even though people should accept the form without the signatures of witnesses and a notary, there is a chance they might not be sure if they should do what it says. Having the form witnessed and notarized may reassure doctors' offices and schools that the form is valid.

Algunos otros estados requieren que el DPA sea firmado por testigos y notariado. Si lo hace, puede aumentar las posibilidades de que lo acepten en otro estado, si es necesario. Además, los profesionales de la salud, las escuelas y otras personas que interactuarán con este formulario no son expertos legales. Si bien las personas deben aceptar el formulario sin las firmas de testigos y un notario, existe la posibilidad de que no estén seguras de si deben hacer lo que dice. Hacer que el formulario sea firmado por testigos y notariado puede tranquilizar a los consultorios médicos y las escuelas de que el formulario es válido.

Notaries are often available at county offices, such as a county clerk, as well as banks, credit unions, law offices, and insurance companies. Some notaries will only sign documents as part of their employment. Call first to make sure the notary is willing to help with a document like this, and to find out whether they charge a fee.

Notarios muchas veces están disponibles en las oficinas del condado, como el registro del condado, así como en bancos, cooperativas de crédito, bufetes de abogados y compañías de seguros. Algunos notarios solo firman documentos como parte de su trabajo. Llame primero para asegurarse de que el notario esté dispuesto a ayudar con un documento como este y para averiguar si cobra alguna tarifa.

If you are having your form notarized, do not sign the form until you are in front of the notary. Bring two witnesses with you. Sign the form in front of the witnesses and notary at the bottom of the first page where it says "Signature of Parent[s]". After you sign (and the other parent, if signing), the witnesses should sign at the top of the second page where it says "Witnesses." They should sign their

name on the top line, and then print it clearly on the line directly below their signature. After you and the witnesses sign, give the form to the notary and they will complete their portion.

Si va a notarizar su formulario, no lo firme hasta que esté frente al notario. Lleve a dos testigos con usted. Firme el formulario frente a los testigos y al notario en la parte inferior de la primera página donde dice "Firma del padre o de los padres". Después de firmar (y del otro padre, si firma), los testigos deben firmar en la parte superior de la segunda página donde dice "Testigos". Deben firmar con su nombre en la línea superior y luego escribirlo con letra de molde en la línea directamente debajo de su firma. Después de que usted y los testigos firmen, entregue el formulario al notario y ellos completarán su parte.

If you are not using witnesses and a notary, sign your form at the bottom of the first page where it says "Signature of Parent[s]."

Si no va a utilizar testigos ni un notario, firme su formulario en la parte inferior de la primera página donde dice "Firma del padre o de los padres".

Step 3: Optional: Attach Health Care Documents

Paso 3: Opcional: Adjunte documentos de atención médica

If you included information about your children's health care providers and medical information, it will be on the form called "Health Information Addendum." This page is not required, but can be helpful to the person you named as caregiver.

Si incluyó información sobre los proveedores de atención médica de sus hijos y su información médica, se incluirá en el formulario llamado "Anexo de información de salud". Esta página no es obligatoria, pero puede ser útil para la persona que nombró cuidador.

It can also be helpful for the caregiver to have a copy of your children's medical insurance card. If you want to make a copy of the front and back of the insurance card, attach it after the Health Information Addendum.

También puede ser útil que el cuidador tenga una copia de la tarjeta de seguro médico de sus hijos. Si desea hacer una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro, adjúntela después del Anexo de información de salud.

Step 4: Decide where to store the original DPA

Paso 4: Decida dónde guardar el DPA original

Keep the DPA in a safe place. If your agent (the person you name to care for your child) will use the form right away, give the original to the agent.

Guarde el DPA en un lugar seguro. Si su agente (la persona que usted designa para cuidar de su hijo) va a utilizar el formulario de inmediato, entréguele el original.

Some people choose to keep the original themselves if they are not leaving their child with the person named in the form right away.

Algunas personas optan por conservar el original para sí mismas si no van a dejar a su hijo con la persona nombrada en el formulario de inmediato.

What you do depends on how you are using the form and what feels safe to you. Keeping the form yourself ensures that the person you named does not assert parental authority before you want them to. Giving the original form to the person you named ensures that if an emergency arises, they will be able to make decisions right away without looking for paperwork first.

Lo que haga dependerá de cómo utilice el formulario y de lo que le resulte seguro. Si conserva el formulario usted mismo, se asegurará de que la persona que usted nombró no ejerza la patria potestad antes de que usted lo desee. Si le entrega el formulario original a la persona que usted nombró, se asegurará de que, si surge una emergencia, pueda tomar decisiones de inmediato sin tener que buscar primero el papeleo.

Step 5: Make copies of the DPA and distribute it

Paso 5: Hacer copias del DPA y distribuirlas

Make at least one copy of the DPA. Keep a copy for your own records when you give the original to the person who will care for your child. The caregiver will need the original signed form at the time they want to use it, so if you choose to keep the original yourself, make sure the person you named in the form knows how they can find the DPA if an emergency arises.

Haga al menos una copia del DPA. Guarde una copia para sus propios registros cuando le entregue el original a la persona que cuidará a su hijo. El cuidador necesitará el formulario original firmado en el momento en que desee usarlo, por lo que, si decide quedarse con el original, asegúrese de que la persona que nombró en el formulario sepa cómo puede encontrar el DPA si surge una emergencia.

Delegation of Parental Authority/*Delegación a poder paternal*

<p>We, _____ and <small>Name of parent #1</small></p> <p>_____, wish to temporarily <small>Name of parent #2</small></p> <p>leave our minor child _____ <small>name of</small></p> <p>child(ren) _____ in the <small>name of agent</small></p> <p>care and custody of _____, <small>name of agent</small></p> <p>who lives at _____, <small>Street address</small></p> <p>_____, 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></p> <p>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>Nosotros, _____ y <small>Nombre de padre #1</small></p> <p>_____, deseamos dejar <small>Nombre de padre #2</small></p> <p>temporalmente a nuestro hijo(s) menor(es), <small>Nombre de hijo(s)</small></p> <p>_____, al cuidado y <small>nombre de agente</small></p> <p>custodia de _____, <small>nombre de agente</small></p> <p>quien vive en _____, <small>domicilio</small></p> <p>_____, Michigan _____. <small>Ciudad código postal</small></p> <p>Designamos y otorgamos a nuestro Agente todo poder como padre sustituto, dándole la autoridad para hacer todo lo que sea necesario para el cuidado de nuestro/a hijo/a. También autorizamos a nuestro Agente a hacer cualquiera de las cosas que nosotros, como padres, podríamos hacer en nombre de nuestro hijo. Específicamente autorizamos a _____ <small>Nombre de agente</small></p> <p>para:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Dar consentimiento a atención médica y/o dental de nuestro hijo; (2) Inscribir a nuestro hijo menor de edad en escuelas y/o programas educativos apropiados; (3) Actuar o dar consentimiento a todos y cada uno de los actos relacionados con la salud y el bienestar de nuestro hijo, excepto el poder de consentir la tutela, la adopción o el matrimonio. <p>Esta delegación de poderes parentales se otorga de conformidad con MCL 700.5103 y entrará en vigencia el _____. Este poder expira seis (6) meses de la fecha en que inicia o a mi declaración, lo ocurra primero.</p>
---	---

Signature of Parents/*firma de padres*:

/s/ _____

Parent/madre

/s/ _____

Parent/padre

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:

Ojo: Michigan no exige que este documento sea certificado ante un testigo o notariado. Si desea que este formulario sea certificado ante un testigo o notariado, hágalo aquí:

Witnesses/testigos:

/s/ _____

/s/ _____

Print name of witness 1, if any:

Print name of witness 2, if any:

Escriba nombre de testigo #1, si lo hay:

Escriba nombre de testigo #2, si lo hay

STATE OF MICHIGAN)
ESTADO DE MICHIGAN)
_____ COUNTY)
_____ CONDADO)

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

Reconocido ante mí y los testigos, _____ y _____ en
nombre de testigo #1 nombre de testigo #2
el condado de _____, en Michigan, el _____ por _____
Nombre de condado fecha Nombre de padre #1
y _____ por:
Nombre de padre #2

/s/ _____

Notary public/Notario publico: _____

State of Michigan, County of _____.
Estado de Michigan, Condado de _____.

My commission expires _____
Mi comisión expira _____

Health Information Addendum

Health Insurance Information Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	<i>Información de seguro medico</i> <i>Nuestro proveedor de Seguro médico es:</i> <i>Nombre:</i> _____ <i>Numero de póliza:</i> _____ <i>Numero de grupo:</i> _____
Hospital Preference Name: _____ Address: _____ _____	<i>Preferencia de hospital</i> <i>Nombre:</i> _____ <i>Dirección:</i> _____ _____
Health Care Providers Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ _____ Phone number: _____	<i>Proveedores de cuidado de salud</i> <i>Tipo de proveedor:</i> _____ <i>Nombre de proveedor:</i> _____ <i>Dirección:</i> _____ _____ <i>Número de teléfono:</i> _____

Information about Medical Conditions

Información sobre condiciones medicas

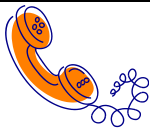
Allergies/*alergias:* _____

medical conditions/*condiciones medicas:* _____

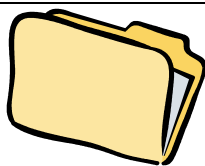
Medications/*medicamentos:* _____

May NOT have the following medications/*no puede tomar los siguientes medicamentos:* _____

Other health information/*otra información sobre salud:* _____



	Important Telephone Numbers And Information
Emergency: <i>In case of serious emergency</i> CALL 911	<u>Insurance Information:</u> Health Insurance
Police Department:	Company:
Fire Department:	Phone Number:
Consulate of my country:	Policy Number:
<u>Family/Important Contacts in the U.S.</u>	Car Insurance
Name:	Company:
Home Phone:	Phone:
Cell Phone:	Policy Number:
Work:	Car 1:
Relationship:	VIN #/Plate #:
Name:	Car 2:
Home Phone:	VIN #/Plate #:
Cell Phone:	Home Insurance
Work:	Company:
Relationship:	Phone:
<u>Family/Important Contacts in my Country</u>	<u>Important Medical Information</u>
Name:	Doctor Name:
Home Phone:	Phone:
Cell Phone:	Dentist Name:
Work:	Phone:
Relationship:	Pediatrician's Name:
Name:	Phone:
Home Phone:	Hospital:
Cell Phone:	Phone:
Work:	Pharmacy:
Relationship:	Phone:



Important Family Records

Use this form in order to have all important information in the same place. Put originals of each document in a safe place (e.g. lock box).

<u>Important Work Numbers</u>	<u>Important School/Daycare Numbers</u>
Employer #1	School #1
Name:	Name of Child:
Phone:	Name of School:
Supervisor:	Name of Teacher:
Date Started:	Phone:
Union Rep:	School ID Number:
Phone:	Name of Child:
Employer #1	Name of Teacher:
Name:	School ID Number:
Phone:	School #2
Supervisor:	Name of Child:
Date Started:	Name of School:
Union Rep:	Name of Teacher:
Phone:	Phone:
<u>Important Information about your Vehicles</u>	School ID Number:
Vehicle 1 Make/Model:	Name of Child:
Plate #:	Name of Teacher:
VIN/ID #:	School ID Number:
Car Loan:	<u>Social Security #/ITIN</u>
Insurance:	Name:
Vehicle 2 Make/Model:	Number:
Plate #:	Name:
VIN/ID #:	Number:
Car Loan:	Name:
Insurance:	Number:
<i>Attach a copy of each vehicles registration and insurance and a photograph of each vehicle.</i>	<i>Attach a copy of each social security card</i>

Family Member #1	
Name:	
Date of Birth:	Organ Donor: Yes No
Allergies:	
Medications:	
Medical conditions & Medical History:	
Family Member #2	
Name:	
Date of Birth:	Organ Donor: Yes No
Allergies:	
Medications:	
Medical conditions & Medical History:	
Family Member #3	
Name:	
Date of Birth:	Organ Donor: Yes No
Allergies:	
Medications:	
Medical conditions & Medical History:	
Family Member #4	
Name:	
Date of Birth:	Organ Donor: Yes No
Allergies:	
Medications/Medical conditions and history:	
Family Member #5	
Name:	
Date of Birth:	Organ Donor: Yes No
Allergies:	