

د ب ضمیمه

مهمې فورمې

د والدينو د صلاحيت د تفويض لپاره لارښوونې (DPA)

لومړۍ مرحله DPA: چمتو کړئ

د «د والدينو د صلاحيت تفويض په خپله يې ترسره کړئ» طريقي څخه کار واخلئ.

دوهمه مرحله: د DPA لاسليک کول

د ميشيگان قانون وايي چې د والدينو د صلاحيت تفويض پرته له دې چې د رسمي اسنادو دفتر (Notary) او شاهدانو لخوا تاييد شي، اعتبار لري. خو ځيني ډاکټران، د ښوونځيو کارکوونکي يا نور ممکن يوازې هغه وخت دا فورمه ومنې چې د شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر لخوا تاييد او لاسليک شوي وي. که تاسو کولی شئ شاهدان او رسمي اسنادو دفتر پيدا کړئ، نو غوره ده چې په حضور کې يې فورمه لاسليک کړئ ترڅو د هغې اعتبار لوړ شي.

ځينې نور ايالتونه غوښتنه کوي چې DPA بايد د شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر لخوا تاييد او لاسليک شي. که ستاسو فورمه د شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر لخوا تاييد او لاسليک شي، نو ډير امکان لري چې په نورو ايالتونو کې به د اړتيا په صورت کې ومنل شي.

همدارنگه، د روغتيايي پاملرنې متخصصين، ځينې ښوونځي، او نور کسان چې له دې فورم څخه استفاده کوي، معمولاً حقوقي متخصصين نه دي. سره له دې چې دا فورمه پرته له شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر له تاييد نه ومنې، خو ډاډه نه وي چې د دې فورم د موادو مطابق عمل وکړي او که نه. له همدې امله، د شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر لخوا د فورم تاييد او لاسليک کول ممکن ډاکټرانو او ښوونځيو ته ډاډ ورکړي چې دا فورمه قانوني اعتبار لري.

د رسمي اسنادو دفتر معمولاً د ناحيې په دفترونو (لکه د ولسوالي منشي دفتر)، بانکونو، د پيسو او مالي اعتبار اتحاديو، د وکیلانو دفترونو، او بيمې شرکتونو کې شتون لري. ځينې د رسمي اسنادو دفاتريو يوازې د خپلې دندې په توگه اسناد لاسليکوي. لومړۍ هغوی ته زنگ ووهئ ترڅو ډاډ تر لاسه کړئ چې دوی چمتو دی چې د دې ډول سندونو سره مرسته وکړي او وگورئ چې آیا دوی د دې کار لپاره فېس اخلي که نه.

که تاسو غواړئ ستاسو فورمه د رسمي اسنادو دفتر لخوا لاسليک شي، نو حتماً فورمه دهغوی په حضور کې لاسليک کړئ او دوه شاهدان له ځان سره راوړئ. فورمه د شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر په حضور کې د پانې په پای کې، هلته چې ليکل شوي «د والدينو لاسليک»، لاسليک کړئ. وروسته له دې چې تاسو (او بل والد، که اړتيا وي چې دواړه لاسليک وکړي) لاسليک وکړئ، شاهدان بايد د پانې په سر کې، هلته چې ليکل شوي «شاهدان»، لاسليک وکړي او بيا خپل نوم په ښکاره ډول د خپل لاسليک لاندې کرښه کې وليکي. وروسته له دې چې تاسو او شاهدانو لاسليک وکړ، فورمه د رسمي اسنادو دفتر ته وسپارئ ترڅو خپله برخه پوره کړي.

که تاسو د شاهدانو او رسمي اسنادو دفتر څخه گټه نه اخلئ، نو يوازې د پانې په پای کې، هلته چې ليکل شوي «د والدينو لاسليک»، لاسليک وکړئ.

درېمه مرحله: اختياري: د روغتيايي پاملرنې اسناد ضميمه کول

که تاسو د خپلو ماشومانو د روغتيايي پاملرنې وړاندې کوونکو او طبي معلوماتو په اړه معلومات داخل کړي وي، دا معلومات معمولاً په يوه فورمه کې چې د «روغتيايي معلوماتو ضميمه» نومېږي، وړاندې کېږي. دا پاڼه اړينه نه ده، خو د هغه کس لپاره چې د ماشوم ساتونکي ټاکل شوی وي، گټوره ده. همدارنگه، دا هم گټور کېدای شي چې د ماشوم ساتونکي ستاسو د ماشومانو د طبي بيمې کارت يوه کاپي ولري. که تاسو غواړئ د بيمې کارت له مخ او شا څخه کاپي واخلئ، نو دا د روغتيايي معلوماتو ضميمې وروسته، ضميمه کړئ.

څلورمه مرحله: د DPA د اصلي نسخې د ساتلو لپاره پرېکړه کول

DPA په يوه خوندي ځای کې وساتئ. که ستاسو استازي (هغه څوک چې تاسو د خپل ماشوم د پاملرنې لپاره ټاکلی وي) غواړي چې فورمه سمدستي وکاروي، اصلي نسخه ورته وسپارئ.

خښې خلک چې خپل ماشومان د فورم په نوم ټاکل شوي کس ته نه پرېږدي، غوره گڼي چې اصلي نسخه له ځان سره وساتي. د فورم کارونه په دې پورې تړاو لري چې تاسو څنگه غواړئ د پاملرنې طريقه پرمخ یوسئ او ستاسو لپاره څه شی غوره بنسکاري.

د فورم له ځان سره ساتل تاسو ته ډاډ درکوي چې ټاکل شوی کس د وخت نه مخکې د والدينو صلاحيت ادعا ونه کړي. ټاکل شوي شخص ته د فورم د اصلي نخسې کس ورکول په دې بڼه دي چې که اضطراري حالت رامنځته شي، دوی وکولای شي په سمدستي توگه پرېکړه وکړي پرته له دې چې لومړی فورم ولټوي.

پنځمه مرحله: د DPA کاپي جوړول او وپشل

د DPA لږترلږه يوه کاپي وباسئ. که چيرې اصلي نسخه هغه کس ته ورکوي چې د ماشوم پاملرنه مو کوي، يوه کاپي د خپلو اسنادو لپاره له ځانه سره وساتئ. د ماشوم ساتونکي د فورم د کارونې پر مهال اصلي لاسليک شوي نسخه ته اړتيا لري، نو که تاسو غوره وگڼئ چې اصلي نسخه له ځان سره وساتئ، بايد ډاډ ترلاسه کړئ چې د فورم ټاکل شوی کس پوه وي چې په اضطراري حالت کې DPA څنگه پيدا کړي.

Delegation of Parental Authority/د مور او پلار له خوا د صلاحیت تفویض

We, _____ and _____, wish to temporarily leave our minor child _____ in the care and custody of _____ who lives at _____, Michigan _____.

Name of parent #1
Name of parent #2
name of child(ren)
name of agent
Street address
City zip code

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 _____ to:

Name of agent

- (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.

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.

مور _____ او _____ (لومړی والد (پلار یا مور) هيله لرو چې په موقت ډول خپل ماشوم _____ د ماشوم نوم د مراقبت لپاره وسپارو چې په _____ د مراقبت ورکونکي نوم لاندې پته کې _____ د میشیگان ایالت په دغه پته _____ او زیږ کور _____ پته ښار _____ زیږ کور _____ کې ژوند کوي.

مور دغه شخص خپل استازی ټاکو او هغه ته ټول لازم صلاحیتونه د خای ناستي والد په توګه ورکوو، ترڅو هغه وکولای شي هر هغه څه چې د ماشوم د مراقبت لپاره اړین دي، ترسره کړي. همدارنګه، مور خپل استازي ته دا اختیار ورکوو چې هر هغه څه چې مور د والدينو په توګه د خپل ماشوم لپاره ترسره کولای شو، هغه هم زمور په استازیتوب ترسره کړي. مور په ځانګړې توګه _____ استازي نوم

ته اجازه ورکوو چې:

۱. زمور د ماشوم لپاره د طبي او/یا غاښونو د درملني لپاره طبي کارکونکو ته رضایت وښيي؛
۲. زمور ماشوم په ښوونځي او/یا مناسبو تعلیمي پروګرامونو کې شامل کړي؛
۳. پرته له قانوني قیمومیت، اولادخپلولو، او یا ودونو لپاره واک نه، په هره بله برخه کې د ماشوم د روغتیا او هوساینې اړوند اړوند رضایت وښيي.

دغه د والدينو صلاحیت تفویض د MCL 700.5103 مادې سره سم ورکړل شوی او له نیتي څخه _____ اعتبار لري. دغه صلاحیت له پیل څخه شپږ (۶) میاشتې وخت لري یا د خپل غوښتنې پر بنسټ، هر تاریخ چې ژر راشي، پای ته رسېږي.

د مور او پلار امضاء/Signature of Parents:

_____/s/
مور (لومړی والد)/Parent

_____/s/
پلار (دوهم والد)/Parent

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:

پاملرنه: په ميشيگان ايالت ڪي دا اڀينه نه ده ڇي دا سند د شاهدانو او دفتر اسناد رسمي لخوا تاييد شي. ڪه تاسو لاهم غواڙي ڇي دا فورمه د شاهدانو او د رسمي دفتر لخوا تاييد ڪري، لاندې فورمه ڊڪه ڪري:

شاهدان/Witnesses:

_____/s/ _____/s/

Print name of witness 1, if any:

Print name of witness 2, if any:

د بل شاهد نوم وليڪي:

د شاهد نوم وليڪي:

(STATE OF MICHIGAN/ميشيگان ايالت)

(_____ COUNTY/رياست ناحي)

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

تاييد ڪوي ڇي _____ او _____ د ناحي په

دوهم شاهد

لومري شاهد

مقر ڪي _____ د ميشگان په ايالت ڪي په _____ تاريخ، د _____ تاريخ

لومري والد

تاريخ

د ناحي نوم

او _____ په واسطه:

دوهم والد

_____/s/

د عامه اسنادو رسمي تاييد ڪوونڪي مامور /Notary public: _____
State of Michigan, County of _____.

د ميشيگان په ايات ڪي د ناحي مامور: _____.

My commission expires _____

_____ زما د عامه اسنادو رسمي تاييد ڪولو اختيار تر دغه تاريخ پوري اعتبار لري:

د رسمي صحي معلوماتو ضميمه/Health Information Addendum

Health Insurance Information Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	د صحي بيمی ضميمه د بيمی شرکت معلومات: نوم: _____ د بيمی مسلسله شميره: _____ د بيمی گروپ شميره: _____
Hospital Preference Name: _____ Address: _____ _____	د شفاخانی معلومات: نوم: _____ پته: _____ _____
Health Care Providers Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ _____ Phone number: _____	داکټر: د ډاکټر نوعیت او تخصص: _____ د ډاکټر نوم: _____ پته: _____ _____ د تیلیفون شميره: _____

Information about Medical Conditions

د روغتيايي حالت باره کې معلومات:

_____:Allergies/الرژي

_____:medical conditions/عمومي روغتيايي حالت

_____:Medications/کومه دوا کاروي

_____:May NOT have the following medications/ولري/ناروغتياوي

_____:Other health information/نور صحي معلومات

د ولادینو د واک استازیتوب فورمه
زما د ماشوم د پاملرنې رضایت

(1) زه _____ د _____ مور/پلار نوم
پیدا شوی دی، توقیف شوی پلار/یا مور یم، د MCL 700.5103 مطابق د د خپل
پیداښت نیټه
کوچني ماشوم د پاملرنې ټول واک او اختیارات چې د طبي، غاښونو یا رواني پاملرنې ده او ښوونځي کې د شاملولو واکونه شامل
دی، خو دې پورې محدود نه دی، ته ورکوم.
د استازی نوم

(2) د دې واک ورکولو څرگند هدف دا دی چې استازي ته اجازه ورکړل شي ټول هغه اقدامات ترسره کړي چې
زما د ماشوم خوندي او مؤثري پاملرنې لپاره اړین وي، او د هغه د روزني او پاملرنې په برخه کې ټول اړین کارونه وکړي. د
دې واک اختیار دلیل د تعلیمي موخو لپاره نه دی.

(3) د دې واک فورمه استازي ته دا حق نه ورکوي _____ چې د ماشوم د واده
د استازی نوم
کولو یا د ساتني حق په اړه پریکړه وکړي

(4) د واک د ورکړې دغه فورمه د ۱۸۰ ورځو لپاره د اعتبار وړ ده او ددې وخت د پوره کیدو وروسته باید بیا
له سره امضا شي.

(5) ددې فورمې له مخې ورکړل شوی واک _____ له خوا هر وخت
مور/پلار نوم
لغوه کیدای شي.

تاریخ: _____
د مور یا پلار لاسلیک

تاریخ: _____
لمړی گواه _____
دوهم گواه _____

د میشیگان ایالت (_____)
د _____ کونټي یا ناحیه (_____)

په د _____ میاشت _____ نیټه، کال _____ ،
زما مخې ته حاضر شو/شوه او پورته سند یې لاسلیک کړ او د
دې تصدیق یې وکړ چې دا د هغه/هغې خپله ازاده اراده او عمل دی.

لاسلیک

نوم _____

د مشیگان ایالت د _____ کاونټي رسمي کارمند
په _____ کاونټي یا ناحیه کې وظیفه لرم
د کمیشن (رسمی واک) د له منځه تللو نیټه مې _____ ده.