

CARTA PODER LIMITADA

INSTRUCCIONES

El padre o guardián legal (principal) deberá llenar este formulario en las paginas 11-12 para darles a terceras personas (Apoderado) poder general para hacer la mayoría de las decisiones y hacer la mayoría de las cosas que un padre haría por su hijo.

1. Usted deberá hacer copias de este formulario una vez que lo haya firmado. Use las copias cuando le sea posible para proteger el original.
2. Este formulario deberá ser firmado por el padre o los padres con la custodia legal o por el guardián legal (tutor). Los dos padres deben firmar si el menor vive con los dos padres.
3. Un formulario de Carta Poder Limitada diferente deberá ser llenado por cada menor en la familia.
4. Debido a problemas para viajar y llevar al menor a otro país, los padres querrán firmar una Carta Poder Limitada haciendo al otro padre el Apoderado, y también una Carta Poder Limitada para hacer a un miembro de la familia de confianza o a un amigo como Apoderado.
5. El padre o los padres tienen que firmar el formulario delante de un notario público. Si usted no firmó la Carta Poder Limitada antes de ser arrestado o detenido, usted puede preguntar al personal de la cárcel que le ayuden a encontrar a un notario en la cárcel. Cada banco tiene un notario. Usted no tendría que pagar un precio alto.
6. Este formulario pudiera no ser reconocido por todas las personas, organizaciones de gobierno o negocios.
7. Si usted firma la Carta Poder Limitada por adelantado, tendrá que volverlo a firmar si usted pone una fecha de expiración en ella.
8. El formulario Carta Poder Limitada es una solución a corto plazo para el padre o padres que son arrestados y detenidos por el gobierno. El Apoderado tendrá que consultar con un abogado acerca de la custodia del menor o los menores si el padre o el guardián legal (tutor) es arrestado o detenido.

CARTA PODER LIMITADA PARA EL CUIDADO MÉDICO DE MENORES, ACCESO A EXPEDIENTES DE EDUCACIÓN, Y AUTORIZACIÓN PARA HACER DECISIONES EDUCACIONALES

Principal / Padre

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tipo de identif.: _____

Num. de identif.: _____

Principal / Padre

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tipo de identif.: _____

Num. de identif.: _____

Menor

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

NSS: _____

Num. de pasaporte: _____

Apoderado del caso

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Yo/nosotros, _____ y _____, actualmente tenemos nuestro domicilio en _____, como padres y/o guardianes de _____ en los que se refiere al **menor** de aquí en adelante, por la presente delego a _____, de aquí en adelante refiriéndose a mi/nuestro **Apoderado**, con autoridad para actuar en mi/nuestro lugar y respetándose cada uno de los poderes de acuerdo al Código Revisado de Ohio Capítulo 1337:

1. Para dar consentimiento a cualquier tratamiento médico, cirugías, medicamentos, terapias, hospitalización, o cualquier otro tipo de cuidados para el menor;
2. Dar empleo, retener o despedir a cualquier persona que pueda cuidarlo, aconsejarlo, tratar a él, o de alguna manera ayuden al menor;
3. Recibir Información Protegida de Salud bajo Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPPA por sus siglas en inglés) acerca de mi/nuestro hijo, incluyendo la liberación de expedientes;
4. Obtener copias de expedientes educacionales de mi/nuestro hijo que se guardan en los archivos educacionales de mi/nuestro hijo. Yo/nosotros renunciamos y liberamos a las instituciones educacionales de cualquier restricción impuesta por la ley para divulgar y revelar cualquier expediente educacional, incluyendo, pero no limitado a, Los Derechos Educativos Familiares y La Ley de Privacidad 20 U.S.C. 1232g y del Código Revisado de Ohio Sección 3319.321;
5. A participar en decisiones educacionales acerca de mi/nuestro hijo como si el Apoderado en este documento fuera el padre o guardián del menor. Yo/nosotros renunciamos y liberamos a las instituciones educacionales de cualquier restricción impuesta por cualquier ley para determinar quién hace las decisiones educacionales para mi/nuestro hijo, incluyendo, pero no limitado a, Los Derechos Educativos Familiares y La Ley de Privacidad 20 U.S.C 1232g y del Código Revisado de Ohio Sección 3319;
6. Para dejar y recoger mi/nuestro hijo de la escuela o aprobar viajes que son parte de la educación de mi/nuestro hijo. Yo/nosotros renunciamos y liberamos a las instituciones educacionales de cualquier restricción impuesta por la ley para determinar quién dejará y levantará de la escuela al menor o para aprobar viajes de actividades educacionales;

7. Para ejercer los mismos derechos de paternidad el padre yo/nosotros podemos ejercer con respecto al cuidado, custodia y control del menor y de la discreción para ejercer los mismos derechos en mi/nuestro casa o del Apoderado u cualquier otro lugar seleccionado por mi Apoderado a su discreción; y
8. Para autorizar y dar consentimiento para viajar con el menor de y a los Estados Unidos de América, y dentro de _____; y
9. Para realizar todos las acciones necesarias, o incidentales para ejecutar los poderes enumerados aquí.

Yo/Nosotros también recomendamos y damos consentimiento al nombramiento del Apoderado por la Corte Juvenil como guardian legal en el evento de que yo/nosotros estemos fuera del estado por 30 días o más.

Cualquier acto legal realizado por mi agente deberá ser vinculado conmigo con nosotros, mis/nuestros herederos, beneficiarios, representantes personales y cesionarios. Yo/Nosotros reservamos el derecho de enmendar o revocar esta Carta Poder Limitada en cualquier momento a partir de entonces, siempre que, y no obstante, que cualquier institución u otras partes que tengan tratos con mi agente que esta Carta Poder Limitada pueda ayudarlo hasta recibir una copia de la revocación debidamente ejecutada del mismo.

Cualquier copia reproducida de este documento original firmado será considerada como un original equivalente a esta Carta Poder Limitada. Esta Carta Poder Limitada no será afectado por ninguna incapacidad legal durante mi existencia, excepto según lo dispuesto por la ley.

Esta Carta Poder Limitada permanecerá con efecto desde la fecha de la firma y terminará a la petición de revocación por escrito o en _____, lo que pase primero.

Fecha: _____

Firma(s): _____

ESTADO DE OHIO)

CONDADO DE _____)

En este día _____ de _____, 20____, ante mí, personalmente vino _____ y ante el Notario Público de este Condado y Estado dio fe de la firma del instrumento anterior, y de que el mismo es un acto y hecho voluntario.

EN TESTIMONIO LO CUAL, he firmado mi nombre y puesto mi sello notarial el día y el año que está escrito arriba.

Notario Público

Mi Comisión Expira en: _____

(SELLO)



Advocates for Basic
Legal Equality, Inc.

INFORMACIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONOS IMPORTANTES

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 911

Policía:

Bomberos:

Consulado:

CONTACTOS IMPORTANTES DE FAMILIA/ OTROS EN EE.UU.

Nombre:

Teléfono:

Celular:

Trabajo:

Parentesco:

Nombre:

Teléfono:

Celular:

Trabajo:

Parentesco:

CONTACTOS IMPORTANTES DE FAMILIA/ OTROS EN MI PAÍS DE ORIGEN

Nombre:

Teléfono:

Celular:

Trabajo:

Parentesco:

Nombre:

Teléfono:

Celular:

Trabajo:

Parentesco:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Médico

Compañía:

Teléfono:

Póliza #:

Seguro de Auto

Compañía:

Teléfono:

Póliza #:

Auto 1:

Identificación # / Placas:

Auto 2:

Identificación # / Placas:

Seguro de la Casa

Compañía:

Teléfono:

Póliza #:

INFORMACIÓN MÉDICA

Doctor:

Teléfono:

Dentista:

Teléfono:

Pediatra:

Teléfono:

Hospital:

Teléfono:

Farmacia:

Teléfono:

REGISTROS FAMILIARES IMPORTANTES

Utilice este formulario de manera que tenga toda la información en un mismo lugar. Ponga los documentos originales en un lugar seguro (por ejemplo, en una caja fuerte).

NÚMEROS DEL TRABAJO

Empleo #1

Nombre:

Teléfono:

Supervisor:

Fecha de inicio:

Rep. del Sindicato:

Teléfono:

Empleo #2

Nombre:

Teléfono:

Supervisor:

Fecha de inicio:

Rep. del Sindicato:

Teléfono:

INFORMACIÓN DE LOS VEHÍCULOS

Modelo/Marca del Vehículo #1:

Placas #:

Núm. de identificación:

Préstamo del vehículo:

Seguro:

Modelo/Marca del Vehículo #2:

Placas #:

Núm. de identificación:

Préstamo del vehículo:

Seguro:

NÚMERO DE LA ESCUELA/GUARDERÍA

Escuela #1

Nombre de la Escuela:

Número de Identificación de la Escuela:

Teléfono:

Nombre del niño:

Nombre del maestro:

Nombre del niño:

Nombre del maestro:

Escuela #2

Nombre de la Escuela:

Número de Identificación de la Escuela:

Teléfono:

Nombre del niño:

Nombre del maestro:

Nombre del niño:

Nombre del maestro:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL / ITIN

Nombre:

Número:

Nombre:

Número:

Nombre:

Número:

Nombre:

Número:

Incluya una copia de cada tarjeta del seguro social.

Incluya una copia de la registración, el seguro y una fotografía de cada vehículo.

IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA DE LA FAMILIA

Incluya una copia del certificado de nacimiento, carta de vacunación y fotos de cada miembro de la familia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA #1

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Donador de órganos: Sí No

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Condiciones Médicas e Historial Médico: _____

MIEMBRO DE LA FAMILIA #2

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Donador de órganos: Sí No

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Condiciones Médicas e Historial Médico: _____

MIEMBRO DE LA FAMILIA #3

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Donador de órganos: Sí No

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Condiciones Médicas e Historial Médico: _____

MIEMBRO DE LA FAMILIA #4

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Donador de órganos: Sí No

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Condiciones Médicas e Historial Médico: _____

MIEMBRO DE LA FAMILIA #5

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Donador de órganos: Sí No

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas e Historial Médico:

MIEMBRO DE LA FAMILIA #6

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Donador de órganos: Sí No

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas e Historial Médico:

MIEMBRO DE LA FAMILIA #7

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Donador de órganos: Sí No

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas e Historial Médico:

PESONAS QUE PUEDEN RECOGER A MIS HIJOS DE LA ESCUELA/GUARDERIA

Nombre:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Teléfono de la casa:

Teléfono de la casa:

Número de celular:

Número de celular:

Parentesco:

Parentesco:

PERSONAS QUE NO PUEDEN RECOGER A MIS HIJOS DE LA ESCUELA/GUARDERIA

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Por favor informe al personal de la escuela de su hijo que las personas mencionadas en estas secciones tienen su autorización de o no recoger a su hijo. *Si existe una orden de restricción, incluya una copia de la orden y archíve otra copia en la escuela y/o guardería de sus hijos.**

CONTACTOS PARA PROBLEMAS LEGALES, ROBO DE IDENTIDAD, FRAUDE

Para su seguridad **NO** anote los números de sus tarjetas de crédito o números de cuentas en este documento.

COMPAÑÍAS DE TARJETAS DE CRÉDITO

Tarjeta #1

Compañía:

Número gratuito:

Nombres en la tarjeta:

Tarjeta #2

Compañía:

Número gratuito:

Nombres en la tarjeta:

Tarjeta #3

Compañía:

Número gratuito:

Nombres en la tarjeta:

**¡Reporte el robo de
su tarjeta de crédito
INMEDIATAMENTE!**

ASISTENCIA LEGAL CIVIL

Asistencia Legal:

Abogado de inmigración:

Otros abogados:

CONTACTOS DE LOS BANCOS

Cuenta de Cheques #1

Banco:

Número gratuito:

Personas con acceso:

Cuenta de Cheques #1

Banco:

Número gratuito:

Personas con acceso:

Cuenta de Ahorro #1

Banco:

Número gratuito:

Personas con acceso:

Cuenta de Ahorro #2

Banco:

Número gratuito:

Personas con acceso:

CONTACTOS DE AGENCIAS PÚBLICAS

Línea de Ayuda en Violencia Doméstica:

Fiscal o Ministerio Público:

Para reportear
abuso a menores:

EMERGENCIA PARA MASCOTAS

MASCOTA #1

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Raza:

Descripción:

Número de registración:

Medicamentos:

Problemas médicos:

MASCOTA #2

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Raza:

Descripción:

Número de registración:

Medicamentos:

Problemas médicos:

VETERINARIO

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Teléfono de emergencia:

CASA DE EMERGENCIA PARA MASCOTAS

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Incluya una foto de cada una de sus mascotas.