

continuado...

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SU NIÑOS

Guarde esta información para que las personas que usted designe para cuidar a sus hijos en su ausencia tengan toda la información que necesitan.

Nombre del niño	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono celular del niño (si aplica)	
Escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro	
Número/email del maestro (si aplica)	
Número de aula	
Programa extraescolar (si aplica)	
Número de teléfono del programa extracurricular (si aplica)	
Otro programa extraescolar	
Número de teléfono del otro program extraescolar (si aplica)	
Alergias	
Condiciones médicas	
Medicamentos	
Número de teléfono del médico	
Dirección del médico	
Seguro médico	

ESTE DOCUMENTO RELLENABLE SE PUEDE COMPLETAR DIGITALMENTE A TRAVÉS DE UN EDITOR DE PDF O SE PUEDE IMPRIMIR Y COMPLETAR CON TINTA AZUL/NEGRA.

continuado...

NÚMEROS DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN E CONTACTO IMPORTANTE

Mantenga esta información en un solo lugar para que usted y su familia puedan acceder a ella fácilmente

NÚMEROS DE EMERGENCIA	
Emergencia Inmediata	911
Departamento de Policía	
Departamento de Bomberos	
Control de Envenenamiento	
CONTACTOS FAMILIARES	
Madre/Padre/Tutor	
Teléfono Residencial (si aplica)	
Teléfono Móvil	
Dirección de Trabajo	
Teléfono de Trabajo	
Padre/Padre/Tutor	
Teléfono Residencial (si aplica)	
Teléfono Móvil	
Dirección de Trabajo	
Teléfono de Trabajo	
Otros Contactos de Emergencia y Relación	
Teléfono Móvil	
Otros Contactos de Emergencia y Relación	
Teléfono Móvil	
Otros Contactos de Emergencia y Relación	
Teléfono Móvil	

continuado...

CONTACTOS DIVERSOS	
Doctor	
Número de teléfono	
Compañía de seguros de salud	
Número de póliza	
Pediatra	
Número de teléfono	
Compañía de seguros de salud	
Número de póliza	
Dentista	
Número de teléfono	
Compañía de seguros dentales	
Número de póliza	
Consulado	
Dirección	
Número de teléfono	
Abogado/Proveedor de servicios legales sin fines de lucro	
Dirección	
Número de teléfono	
Iglesia/Templo/Mezquita/Lugar de culto	
Dirección	
Número de teléfono	

ARCHIVO DE DOCUMENTOS IMPORTANTES

Guarde un archivo de estos documentos o una copia de estos documentos en un lugar seguro. Dígale a sus hijos, familiares y cuidadores de emergencia dónde encontrar este archivo en caso de emergencia.

☐ PASAPORTES

☐ ACTAS DE NACIMIENTO

☐ LICENCIA DE MATRIMONIO (SI APLICA)

☐ LA DECLARACIÓN JURADA DE
AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR (CAREGIVER'S
AUTHORIZATION AFFIDAVIT), SI ESTA EN
CALIFORNIA

☐ CUALQUIER ORDEN DE RESTRICCIÓN QUE
PUEDA TENER CONTRA CUALQUIER PERSONA
(SI CORRESPONDE)

☐ NÚMERO A (A NUMBER) Y CUALQUIER
DOCUMENTO DE INMIGRACIÓN (PERMISO DE
TRABAJO, TARJETA VERDE, VISA, ETC.)

☐ DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN SU
RESIDENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS Y
LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE HA ESTADO
FÍSICAMENTE PRESENTE EN LOS ESTADOS
UNIDOS

☐ LICENCIA DE CONDUCIR Y/U OTRAS
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

☐ TARJETA DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO
ITIN

☐ REGISTRO DE NACIMIENTO (PARA
NIÑOS NACIDOS EN EE. UU. REGISTRADOS
EN EL PAÍS DE ORIGEN DE LOS PADRES) (SI
CORRESPONDE)

☐ INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SU NIÑOS

☐ NÚMEROS DE EMERGENCIA E
INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

☐ CINFORMACIÓN MÉDICA DE LOS NIÑOS,
INCLUIDO EL SEGURO MÉDICO, LA LISTA
DE MEDICAMENTOS Y LA INFORMACIÓN DE
CONTACTO DEL MÉDICO

☐ CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE DESEE
PODER ENCONTRAR RÁPIDAMENTE

LA DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

El uso de esta declaración jurada es autorizado por la Parte 1.5 (a partir del artículo 6550) de la División 11 del Código de Familias de California.

Instrucciones: El completar los números del 1 al 4 y firmar la declaración jurada es suficiente para autorizar la inscripción de un menor de edad en la escuela y para autorizar el cuidado médico relacionado con la escuela. También se requiere completar los números del 5 al 8 para autorizar cualquier otro tipo de cuidado médico. Sólo complete los puntos 5 a 8 si es pariente del niño. Escriba prolijo.

El menor nombrado a continuación vive en mi casa (la del cuidador) y yo tengo 18 años de edad o más.

1. Nombre del menor: _____

2. Fecha de nacimiento del menor: _____

3. Mi nombre (adulto que da la autorización): _____

4. Mi domicilio: _____

5. ☐ Soy el abuelo, tía, tío, padrastro, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, sobrina, sobrino, primo hermano, tía abuela, tío abuelo, bisabuelo, tío abuelo del menor o el cónyuge de una de estas personas.

6. Marque uno o ambos (por ejemplo, si se informó a uno de los padres y no se puede localizar al otro.):

☐ He informado a los padres u otras personas que tienen la custodia legal del menor sobre mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.

☐ No puedo comunicarme con los padres u otras personas que tienen la custodia legal del menor en este momento para notificarles de mi autorización

continuado...

prevista.

7. Mi fecha de nacimiento: _____

8. Mi número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California:

ADVERTENCIA: NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES ANTERIORES ES INCORRECTA O ESTARÁ COMETIENDO UN DELITO PUNIBLE CON MULTA, PRISIÓN O AMBOS.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____ **Firma:** _____

AVISOS

1. *ESTA DECLARACIÓN NO AFECTA LOS DERECHOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES DEL MENOR EN CUANTO AL CUIDADO, LA CUSTODIA Y EL CONTROL DEL MENOR, Y NO SIGNIFICA QUE EL CUIDADOR TENGA CUSTODIA LEGAL DEL MENOR.*
2. *LA PERSONA QUE SE FIE DE ESTA DECLARACIÓN JURADA NO TIENE OBLIGACIÓN DE HACER ALGUNA PREGUNTA O INVESTIGACIÓN ADICIONAL.*

INFORMACIÓN ADICIONAL:

A LOS CUIDADORES:

1. *“PARIENTE CALIFICADO”, A EFECTOS DEL PUNTO 5, SIGNIFICA CÓNYUGE, PADRE, MADRE, PADRASTRO O MADRASTRA, HERMANO, HERMANA, HERMANASTRO, HERMANASTRA, MEDIO HERMANO, MEDIA HERMANA, TÍO, TÍA, SOBRINA, SOBRINO, PRIMO HERMANO O CUALQUIER OTRA PERSONA DENOTADA POR EL PREFIJO “BIS” O “TÁTARA” O EL CÓNYUGE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS QUE SE ESPECIFICAN EN ESTA DEFINICIÓN, INCLUSO DESPUÉS DE QUE EL MATRIMONIO SE HAYA FINALIZADO POR MUERTE O DISOLUCIÓN.*
2. *LA LEY PUEDE REQUERIRLE, SI USTED NO ES UN PARIENTE O PADRE ADOPTIVO TEMPORAL LICENCIADO, OBTENER UNA LICENCIA DE HOGAR TEMPORAL PARA CUIDAR A UN MENOR DE EDAD. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR CONTACTE A SU DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCAL.*
3. *SI EL MENOR DEJA DE VIVIR CON USTED, DEBE NOTIFICAR A CUALQUIER ESCUELA, PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O PLAN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE LE HAYA ENTREGADO ESTA DECLARACIÓN. LA DECLARACIÓN NO ES VÁLIDA DESPUÉS DE QUE LA ESCUELA, EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O EL PLAN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA RECIBAN UN AVISO DE QUE EL MENOR YA NO VIVE CON USTED.*

continuado...

4. SI NO TIENE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PUNTO 8 (LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN DE CALIFORNIA), PROPORCIONE OTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN COMO SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE MEDI-CAL.

A LOS FUNCIONARIOS DE LA ESCUELA:

1. EL ARTÍCULO 48204 DEL CÓDIGO DE EDUCACIÓN ESTABLECE QUE ESTA DECLARACIÓN CONSTITUYE UNA BASE SUFICIENTE PARA DETERMINAR EL DOMICILIO DEL MENOR, SIN EL REQUISITO DE UNA TUTELA U OTRA ORDEN DE CUSTODIA, A MENOS QUE EL DISTRITO ESCOLAR DETERMINE SEGÚN HECHOS REALES, QUE EL MENOR NO ESTÁ VIVIENDO CON EL CUIDADOR.
2. EL DISTRITO ESCOLAR PUEDE REQUERIR EVIDENCIA ADICIONAL RAZONABLE PARA COMPROBAR QUE EL CUIDADOR VIVE EN LA DIRECCIÓN PROPORCIONADA EN EL NÚMERO 4.

A LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y A LOS PLANES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA:

1. UNA PERSONA QUE ACTÚA DE BUENA FE BASÁNDOSE EN LA DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DE UN CUIDADOR PARA BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA O DENTAL, SIN CONOCIMIENTO REAL DE HECHOS CONTRARIOS A LOS DECLARADOS EN LA DECLARACIÓN JURADA, NO ESTÁ SUJETA A RESPONSABILIDAD PENAL O CIVIL ANTE NINGUNA PERSONA, Y NO ESTÁ SUJETO A ACCIÓN DISCIPLINARIA PROFESIONAL, POR ESA CONFIANZA SI SE COMPLETAN LAS PARTES APLICABLES DEL FORMULARIO.
2. ESTA DECLARACIÓN JURADA NO CONFIERE DEPENDENCIA PARA EFECTOS DE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT

Use of this affidavit is authorized by Part 1.5 (commencing with Section 6550) of Division 11 of the California Family Code.

Instructions: Completion of items 1-4 and the signing of the affidavit is sufficient to authorize enrollment of a minor in school and authorize school-related medical care. Completion of items 5 through 8 is additionally required to authorize any other medical care. **Only complete items 5 through 8 if you are related to the child.** Type or print clearly.

The minor named below lives in my (the caregiver's) home and I am 18 years of age or older.

1. Name of minor: _____

2. Minor's birth date: _____

3. My name (adult giving authorization): _____

4. My home address: _____

5. ☐ I am the minor's grandparent, aunt, uncle, spouse, stepparent, brother, sister, stepbrother, stepsister, half-brother, half-sister, niece, nephew, first cousin, grandaunt, granduncle, great-grandparent, great-grandaunt, great-granduncle, or the spouse of one of these persons.

6. Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located):

☐ I have advised the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor of my intent to authorize medical care, and have received no objection.

☐ I am unable to contact the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor at this time, to notify them of my intended authorization.

7. My date of birth: _____

continued...

8. My California driver's license or identification card number: _____

WARNING: DO NOT SIGN THIS FORM IF ANY OF THE STATEMENTS ABOVE ARE INCORRECT, OR YOU WILL BE COMMITTING A CRIME PUNISHABLE BY FINE, IMPRISONMENT, OR BOTH.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Dated: _____ **Signed:** _____

NOTICES

1. *THIS DECLARATION DOES NOT AFFECT THE RIGHTS OF THE MINOR'S PARENTS OR LEGAL GUARDIAN REGARDING THE CARE, CUSTODY, AND CONTROL OF THE MINOR, AND DOES NOT MEAN THAT THE CAREGIVER HAS LEGAL CUSTODY OF THE MINOR.*
2. *A PERSON WHO RELIES ON THIS AFFIDAVIT HAS NO OBLIGATION TO MAKE ANY FURTHER INQUIRY OR INVESTIGATION.*

ADDITIONAL INFORMATION:

TO CAREGIVERS:

1. *"QUALIFIED RELATIVE," FOR PURPOSES OF ITEM 5, MEANS A SPOUSE, PARENT, STEPPARENT, BROTHER, SISTER, STEPBROTHER, STEPSISTER, HALF-BROTHER, HALF-SISTER, UNCLE, AUNT, NIECE, NEPHEW, FIRST COUSIN, OR ANY PERSON DENOTED BY THE PREFIX "GRAND" OR "GREAT," OR THE SPOUSE OF ANY OF THE PERSONS SPECIFIED IN THIS DEFINITION, EVEN AFTER THE MARRIAGE HAS BEEN TERMINATED BY DEATH OR DISSOLUTION.*
2. *THE LAW MAY REQUIRE YOU, IF YOU ARE NOT A RELATIVE OR A CURRENTLY LICENSED, CERTIFIED, OR APPROVED FOSTER PARENT, TO OBTAIN RESOURCE FAMILY APPROVAL PURSUANT TO SECTION 1517 OF THE HEALTH AND SAFETY CODE OR SECTION 16519.5 OF THE WELFARE AND INSTITUTIONS CODE IN ORDER TO CARE FOR A MINOR. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR LOCAL DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES.*
3. *IF THE MINOR STOPS LIVING WITH YOU, YOU ARE REQUIRED TO NOTIFY ANY SCHOOL, HEALTH CARE PROVIDER, OR HEALTH CARE SERVICE PLAN TO WHICH YOU HAVE GIVEN THIS AFFIDAVIT. THE AFFIDAVIT IS INVALID AFTER THE SCHOOL, HEALTH CARE PROVIDER, OR HEALTH CARE SERVICE PLAN RECEIVES NOTICE THAT THE MINOR NO LONGER LIVES WITH YOU.*
4. *IF YOU DO NOT HAVE THE INFORMATION REQUESTED IN ITEM 8 (CA DRIVER'S LICENSE OR I.D.), PROVIDE ANOTHER FORM OF IDENTIFICATION SUCH AS YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER OR MEDI-CAL NUMBER.*

Part 4. Client's Consent to Representation and Signature (continued)

Options Regarding Receipt of USCIS Notices and Documents

USCIS will send notices to both a represented party (the client) and his, her, or its attorney or accredited representative either through mail or electronic delivery. USCIS will send all secure identity documents and Travel Documents to the client's U.S. mailing address.

If you want to have notices and/or secure identity documents sent to your attorney or accredited representative of record rather than to you, please select **all applicable** items below. You may change these elections through written notice to USCIS.

- 1.a. ☐ I request that USCIS send original notices on an application or petition to the business address of my attorney or accredited representative as listed in this form.
- 1.b. ☐ I request that USCIS send any secure identity document (Permanent Resident Card, Employment Authorization Document, or Travel Document) that I receive to the U.S. business address of my attorney or accredited representative (or to a designated military or diplomatic address in a foreign country (if permitted)).
- NOTE:** If your notice contains Form I-94, Arrival-Departure Record, USCIS will send the notice to the U.S. business address of your attorney or accredited representative. If you would rather have your Form I-94 sent directly to you, select **Item Number 1.c.**
- 1.c. ☐ I request that USCIS send my notice containing Form I-94 to me at my U.S. mailing address.

Signature of Client or Authorized Signatory for an Entity

2.a. Signature of Client or Authorized Signatory for an Entity



2.b. Date of Signature (mm/dd/yyyy)

Part 5. Signature of Attorney or Accredited Representative

I have read and understand the regulations and conditions contained in 8 CFR 103.2 and 292 governing appearances and representation before DHS. I declare under penalty of perjury under the laws of the United States that the information I have provided on this form is true and correct.

1. a. Signature of Attorney or Accredited Representative

1.b. Date of Signature (mm/dd/yyyy)

2.a. Signature of Law Student or Law Graduate

2.b. Date of Signature (mm/dd/yyyy)



Part 5. Applicant's Contact Information, Certification, and Signature

Applicant's Contact Information

Provide your daytime telephone number, mobile telephone number (if any), and email address (if any).

1. Applicant's Daytime Telephone Number

2. Applicant's Mobile Telephone Number (if any)

3. Applicant's Email Address (if any)

Applicant's Certification and Signature

I certify, under penalty of perjury, that I provided or authorized all of the responses and information contained in and submitted with my application, I read and understand or, if interpreted to me in a language in which I am fluent by the interpreter listed in **Part 6.**, understood, all of the responses and information contained in, and submitted with, my application, and that all of the responses and the information are complete, true, and correct. Furthermore, I authorize the release of any information from any and all of my records that USCIS may need to determine my eligibility for an immigration request and to other entities and persons where necessary for the administration and enforcement of U.S. immigration law.

4. Applicant's Signature



Date of Signature (mm/dd/yyyy)

Part 6. Interpreter's Contact Information, Certification, and Signature

Interpreter's Full Name

1. Interpreter's Family Name (Last Name)

Interpreter's Given Name (First Name)

2. Interpreter's Business or Organization Name

Interpreter's Contact Information

3. Interpreter's Daytime Telephone Number

4. Interpreter's Mobile Telephone Number (if any)

5. Interpreter's Email Address (if any)

Interpreter's Certification and Signature

I certify, under penalty of perjury, that I am fluent in English and , and I have interpreted every question on the application and Instructions and interpreted the applicant's answers to the questions in that language, and the applicant informed me that they understood every instruction, question, and answer on the application.

6. Interpreter's Signature



Date of Signature (mm/dd/yyyy)



Defensor Público del Condado de Ventura Programa de Nuevo Comienzo



**SOLICITE
NUESTROS
SERVICIOS EN
LÍNEA**

**CONTÁCTENOS
HOY**



805-654-2201



PDFreshStart@ventura.org



800 S. Victoria Ave.
Room 207
Ventura, CA 93009

<https://vcpublicdefender.org/>

SE OFRECE



ELIMINACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES

Una eliminación de antecedentes es cuando el Tribunal ordena anular una condena, usted se declara no culpable, y la acusación formal se despidе.



SELLAR EL ARRESTO

Si fue arrestado, pero el fiscal nunca presentó cargos penales, usted puede peticionar que la corte selle el arresto y cualquier expediente relacionado al arresto.



DEVOLUCIÓN DE PROPIEDAD

Si acaso le confiscaron algún artículo personal por parte de la agencia de arresto, nuestra oficina puede pedir una orden judicial para la devolución de su propiedad.



ALIVIO DEL REGISTRO DE DELINCUENTE SEXUAL

Solicitar al Tribunal que cancele el registro de delincuente sexual según el nivel.



TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA LIBERTAD CONDICIONAL

Si no tuvo un incumplimiento de libertad condicional, pagó sus multas/recargos, y completó más de la mitad de su mandato, podemos pedir terminación anticipada de la libertad condicional.



CERTIFICADO DE REHABILITACIÓN

Se restaura ciertos derechos de su ciudadanía que perdió como resultado de su condena.



COUNTY of VENTURA
Public Defender

AGENCIAS ACREDITADAS DE LOS CONDADOS DE LA COSTA CENTRAL

CONDADO DE VENTURA

Mixteco/Indígena Community Organizing Project (MICOP)

135 Magnolia Avenue
Oxnard, CA 93030
(805) 483-1166
Servicios de inmigración: (805) 940-5541
Correo: liza.diniakos@mixteco.org
Abogados de defensa a la deportación disponibles

IMPORTA

2471 Portola Rd Suite 100
Ventura, CA 93003
(805) 604-5060
info@importasb.org

El Concilio

301 S. C St.
Oxnard, CA 93030
(805) 486-9777
Abogados de defensa a la deportación disponibles

UFW Foundation

920 S. A St.
Oxnard, CA 93030
(805) 246-3864

CONDADOS DE SANTA BARBARA Y SAN LUIS OBISPO

Legal Aid Foundation of Santa Barbara County

Santa Barbara:
301 E Canon Perdido Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 963-6754

Santa Maria:
201 S. Miller Street, Ste. 201
Santa Maria, CA 93454
(805) 922-9909

Lompoc:
102 E. Ocean Avenue
Lompoc, CA 93436
(805) 736-6582

IMPORTA

129 East Carrillo Street
Santa Barbara, CA
(805) 604-5060
info@importasb.org

Santa Barbara Immigrant Legal Defense Center

Santa Barbara:
1136 E. Montecito St.
Santa Barbara, 93103
805-886-9136
julissa@sbimmigrantdefense.orgp

Santa Maria:
120 E. Jones St., Ste. 117
Santa Maria, 93454
805-886-9136
Abogados de defensa a la deportación disponibles

Immigrant Hope

935 San Andres St.
Santa Barbara, CA 93101
(805) 516-5422
info.santabarbara@immigranthope.org

Immigrant Hope Arroyo Grande

995 E Grand Ave
Arroyo Grande, CA 93420
(805) 221-4319
immigranthopeag.org

STATE-WIDE

UC Immigrant Legal Services Center

University of California
Santa Barbara, CA
(530) 574-6329
Amber.ucimm@law.ucdavis.edu
Abogados disponibles