

Document A

La Creación de un Plan de Seguridad

- Reúnase con miembros de la familia y cuidadores para discutir los planes en caso de que usted sea detenido o deportado
- Complete y firme la Declaración de Inaplicabilidad de la Deportación Acelerada (si corresponde)
- Complete y firme el Formulario de Designación De Una Persona En Una Relación Paternal/Maternal
- Complete y firme el Formulario de Designación de Tutor de Reserva
- Complete y firme el Formulario de Consentimiento para que Niños Menores de Edad Viajen (si corresponde)
- Mantenga información importante de usted y sus hijos. Guarde esta información para que la persona que usted asigne como tutor de sus hijos en su ausencia tenga la información que necesite.
- Mantenga un archivo de los siguientes documentos o una copia de ellos en un lugar seguro. Hágales saber a sus hijos, familiares y al cuidador de emergencia donde pueden encontrar este archivo en caso de emergencia:
 - Pasaportes y Tarjetas de identidad nacionales
 - Actas de Nacimiento y Matrimonio
 - OCFS Designación De Una Persona En Una Relación Paternal/Maternal
 - Designación de Tutor de Reserva
 - Consentimiento para que Niños Menores de Edad Viajen
 - Órdenes de la corte – Custodia, Visitación, Juicio de Divorcio, Manutención de Niños, Órdenes de Protección
 - Número de extranjero (A-Number) y documentos de inmigración
 - Documentos que demuestran su residencia en los Estados Unidos y el tiempo que ha estado físicamente presente en los Estados Unidos
 - Licencia de conducir y/u otras formas de identificación
 - Tarjeta del seguro social o número ITIN
 - Información médica, incluyendo seguro de salud, lista de medicamentos, e información de sus doctores
 - Registro de nacimiento (para hijos nacidos en los EE.UU. pero registrados en el país de origen de sus padres) (si es aplicable)
 - Formulario de “Contactos de Emergencia y Información Importante”
- Considere ahorrar dinero para un bono / fianza

Document B

Contactos de Emergencia y Información Importante para

Contactos de Emergencia para Miembros de la Familia y Amigos

Miembros de la familia y amigos	Información
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Número Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Número Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Número Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:

ICE Detainee Locator: <https://locator.ice.gov> (para encontrar alguien detenido por ICE)

Línea directa de Número A: 1-800-898-7180 (para buscar fechas de corte y órdenes)

Document C

Mi Abogado/a

Nombre	Número de Teléfono

Mi Consulado

Nombre	Número de Teléfono

Mi Empleador

Nombre	Número de Teléfono

Mis Doctores

Nombre	Especialidad	Número de Teléfono

Mis Medicamentos

Nombre	Dosis

Mis Bienes

[illegible]

Contactos de Emergencia y Información Importante para

Contactos de Emergencia para Miembros de la Familia y Amigos

Miembros de la familia y amigos	Información
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Número Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Número Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Papel: A#:	Número Celular: Número de hogar: Dirección de Hogar: Número de Trabaja: Dirección de Trabaja:

ICE Detainee Locator: <https://locator.ice.gov> (para encontrar alguien detenido por ICE)

Línea directa de Número A: 1-800-898-7180 (para buscar fechas de corte y órdenes)

Document D

Información de los Hijos

Nombre de hijo	
Fecha de nacimiento	
Número del celular de su hijo (si aplica)	
Nombre de la escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro/a	
Programa después de escuela y número de teléfono	
Nombre de niñera	
Número de teléfono de niñera	
Enfermedades	
Medicamentos	
Número de teléfono y dirección del doctor	
Número de teléfono y dirección de la dentista	
Compañía del seguro de salud	
Alergias	
Comidas favoritas	
Juguetes, libros, juegos y actividades favoritos	
Programas de TV y películas favoritos y cuánto tiempo se le permite verlos	
Horas de dormir y rutinas para dormir	
Otra información importante	

Información de los Hijos

Nombre de hijo	
Fecha de nacimiento	
Número del celular de su hijo (si aplica)	
Nombre de la escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro/a	
Programa después de escuela y número de teléfono	
Nombre de niñera	
Número de teléfono de niñera	
Enfermedades	
Medicamentos	
Número de teléfono y dirección del doctor	
Número de teléfono y dirección de la dentista	
Compañía del seguro de salud	
Alergias	
Comidas favoritas	
Juguetes, libros, juegos y actividades favoritos	
Programas de TV y películas favoritos y cuánto tiempo se le permite verlos	
Horas de dormir y rutinas para dormir	
Otra información importante	

Document E



U.S. Department of State
APPLICATION FOR A U.S. PASSPORT

OMB Control No. 1405-0004
Expiration Date: 04-30-2025
Estimated Burden: 85 Minutes

Please read all instructions first and type or print in black ink to complete this form.
For information or questions, visit travel.state.gov or contact the National Passport Information Center (NPIC) at
1-877-487-2778 (TDD/TTY: 1-888-874-7793) or NPIC@state.gov.

SECTION A. ELIGIBILITY TO USE THIS FORM

This form is used to apply for a U.S. passport book and/or card **in person** at an acceptance facility, a passport agency (by appointment only), or a U.S. embassy, consulate, or consular agency (if abroad). The U.S. passport is a travel document attesting to one's identity and issued to U.S. citizens or non-citizen U.S. nationals. To be eligible to use this form you must **apply in person** if at least one of the following is true:

- ✓ I am applying for my first U.S. passport
- ✓ I am under age 16
- ✓ My previous U.S. passport was either: a) issued under age 16; b) issued more than 15 years ago; c) lost, stolen, or damaged

If none of the above statements apply to you, then you may be eligible to apply using form DS-82 or DS-5504 depending on your circumstances. [Visit travel.state.gov](https://travel.state.gov) for more information.

- **Notice to Applicants Under Age 16:** You must appear in person to apply for a U.S. passport with your parent(s) or legal guardian(s). See Section D of these instructions or travel.state.gov for more details.
- **Notice to Applicants Ages 16 and 17:** At least one of your parent(s) or legal guardian(s) must know that you are applying for a U.S. passport. See Section D of these instructions or travel.state.gov for more details.
- **Notice to Applicants for No-Fee Regular, Service, Official, or Diplomatic Passports:** You may use this application if you meet all provisions listed; however, you must consult your sponsoring agency for instructions on proper routing procedures before forwarding this application. Your completed passport will be released to your sponsoring agency and forwarded to you.

SECTION B. STEPS TO APPLY FOR A U.S. PASSPORT

1. Complete this form (Do not sign until requested to do so by an authorized agent).
2. Attach one color photograph 2x2 inches in size and supporting documents (See Section D of these instructions).
3. Schedule appointment to apply in person by visiting our website or calling NPIC (see contact info at the top page).
4. Arrive for appointment and present completed form and attachments to the authorized agent who will administer the oath, witness you signing your form, and collect your passport fee.
5. Track application status online at Passportstatus.state.gov.
6. Receive new passport and original supporting documents (that you submitted with your application).

SECTION C. HOW TO COMPLETE THIS FORM

Please see the instructions below for items on the form that are not self-explanatory. The numbers match the numbered items of the form.

1. **Name (Last, First, Middle):** Enter the name to appear in the passport. The name to appear in the passport should be consistent with your proof of citizenship and identification. If you have changed your name and are not eligible to use a DS-82 or DS-5504, you must use this form. Visit travel.state.gov/namechange for more information.
2. **Date of Birth:** Use the following format: Month, Date, and Year (MM/DD/YYYY).
3. **Gender:** The gender markers used are "M" (male), "F" (female) and "X" (unspecified or another gender identity). The gender marker that you check on this form will appear in your passport regardless of the gender marker(s) on your previous passport and/or your supporting evidence of citizenship and identity. If changing your gender marker from what was printed on your previous passport, select "Yes" in this field on Application Page 1. If no gender marker is selected, we may print the gender as listed on your supporting evidence or contact you for more information. **Please Note:** We cannot guarantee that other countries you visit or travel through will recognize the gender marker on your passport. Visit travel.state.gov/gender for more information.
4. **Place of Birth:** Enter the name of the city and state if in the U.S. or city and country as presently known.
5. **Social Security Number:** You must provide a Social Security number (SSN), if you have been issued one, in accordance with Section 6039E of the Internal Revenue Code (26 U.S.C. 6039E) and 22 U.S.C 2714a(f). If you do not have a Social Security number, you must enter zeros in this field and submit a statement, signed, and dated, that includes the phrase, *"I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America that the following is true and correct: I have never been issued a Social Security Number by the Social Security Administration."* If you reside abroad, you must also provide the name of the foreign country where you reside. The U.S. Department of State must provide your SSN and foreign residence information to the U.S. Department of the Treasury which will use it in connection with debt collection and check against lists of persons ineligible or potentially ineligible to receive a U.S. passport, among other authorized uses. If you fail to provide the information, we may deny your application and the Internal Revenue Service (IRS) may enforce a penalty. Refer all questions on this matter to the nearest IRS office.
6. **Email:** By providing your email you are consenting to us communicating with you by email about your application.
7. **Primary Contact Phone Number:** If providing a mobile/cell phone number you are consenting to receive calls and/or text messaging about your application.
8. **Mailing Address Line 1 and 2 "In Care Of":** For line 1 enter applicant's Street/RFD #, or P.O. Box or URB. For line 2, if you do not live at the address listed in this field, put the name of the person who lives at this address and mark it "In Care Of". **If the applicant is a minor child, you must include the "In Care Of" name of the parent or adult registered to receive mail at this address.**
9. **List all other names you have used:** Enter all legal names previously used to include maiden name, name changes, and previous married names. You can enter up to two names one in item A and one in item B. If only your last name has changed just enter your last name. If you need more space to write additional names, please use a separate sheet of paper and attach it to this form.



Blue Section Application Page 1 - Identifying Documents and Signature Blocks: Skip this section and complete Application Page 2. Do not sign this form until requested to do so by the authorized agent who will administer the oath to you.



U.S. Department of State
APPLICATION FOR A U.S. PASSPORT

SECTION D. ATTACHMENTS TO SUBMIT WITH THIS FORM

Once you have completed Application Pages 1 and 2, attach the supporting documents as outlined in this section.

1. PROOF OF U.S. CITIZENSHIP Information can be found on travel.state.gov/citizenship.

Applicants Born in the United States

Your evidence will be returned to you if it is not damaged, altered, or forged. Submit an original or certified copy and a photocopy of the front and back if there is printed information on the back, of one of the following documents:

- U.S. Birth Certificate that meets all the following requirements:
 - Issued by the city, county, or state of birth
 - Lists your full name, birthdate, and birthplace
 - Lists your parent(s)' full names
 - Lists date filed with registrar's office (must be within one year of birth)
 - Shows registrar's signature and the seal of the issuing authority
- Fully valid, undamaged U.S. passport (may be expired)
- Consular Report of Birth Abroad or Certification of Birth Abroad
- Certificate of Naturalization or Citizenship
- Secondary documents may be submitted if the U.S. birth certificate was filed more than one year after your birth **or** if no birth record exists. For no birth record on file, submit a registrar's letter to that effect. For both scenarios, submit a combination of the evidence listed below, with your first and last name, birthdate and/or birthplace, the seal or other certification of the office (if customary), and the signature of the issuing official.
 - A hospital birth record
 - An early baptismal or circumcision certificate
 - Early census, school, medical, or family Bible records
 - Insurance files or published birth announcements (such as a newspaper article)
 - Notarized affidavits (or DS-10, Birth Affidavit) of older blood relatives having knowledge of your birth may be submitted in addition to some of the records listed above.

Applicants Born Outside the United States

If we determine that you are a U.S. citizen, your lawful permanent resident card submitted with this application will be forwarded to U.S. Citizenship and Immigration Services.

- Claiming Citizenship through Naturalization of One or Both Parent(s), submit all the following:
 - Your parent(s) Certificate(s) of Naturalization
 - Your parents' marriage/certificate and/or evidence that you were in the legal and physical custody of your U.S. citizen parent, if applicable
 - Your foreign birth certificate (and official translation if the document is not in English)
 - Your evidence of admission to the United States for legal permanent residence and proof you subsequently resided in the United States
- Claiming Citizenship through Birth Abroad to At Least One U.S. Citizen Parent, submit all the following:
 - Your Consular Report of Birth Abroad (Form FS-240), Certification of Birth (Form DS-1350 or FS-545), or your foreign birth certificate (and official translation if the document is not in English)
 - Your parent's proof of U.S. citizenship
 - Your parents' marriage certificate
 - Affidavit showing all your U.S. citizen parents' periods and places of residence and physical presence before your birth (DS-5507)
- Claiming Citizenship Through Adoption by a U.S. Citizen Parent(s), if your birthdate is on or after October 5, 1978, submit evidence of all the following:
 - Your permanent residence status
 - Your full and final adoption
 - You were in the legal and physical custody of your U.S. citizen parent(s)
 - You have resided in the United States

2. PROOF OF IDENTITY Information can be found at travel.state.gov/identification.

Present your original identification and submit a front and back photocopy with this form. It must show a photograph that is a good likeness of you. Examples include:

- Driver's license (not temporary or learner's permit)
- Previous or current U.S. passport book/card
- Military identification
- Federal, state, or city government employee identification
- Certificate of Naturalization or Citizenship

3. A RECENT COLOR PHOTOGRAPH See the full list of photo requirements on travel.state.gov/photos.

Attach one photo, 2x2 inches in size. U.S. passport photo requirements may differ from photo requirements of other countries. To avoid processing delays, be sure your photo meets all the following requirements (Refer to the photo template on Application Page 1):

- Taken less than six months ago
- Head must be 1-1 3/8 inches from the bottom of the chin to the top of the head
- Head must face the camera directly with full face in view
- No eyeglasses and head covering and no uniforms*
- Printed on matte or glossy photo quality paper
- Use a plain white or off-white background

*Head coverings are not acceptable unless you submit a signed statement verifying that it is part of recognized, traditional religious attire that is customarily or required to be worn continuously in public or a signed doctor's statement verifying its daily use for medical purposes. Glasses or other eyewear are not acceptable unless you submit a signed statement from a doctor explaining why you cannot remove them (e.g., during the recovery period from eye surgery). Photos are to be taken in clothing normally worn on a daily basis. You cannot wear a uniform, clothing that looks like a uniform, or camouflage attire.



U.S. Department of State
APPLICATION FOR A U.S. PASSPORT

4. PROOF OF PARENTAL RELATIONSHIP (FOR APPLICANTS UNDER AGE 16)

Parents/guardians must appear in person with the child and submit the following:

- Evidence of the child's relationship to parents/guardian(s) (Example: a birth certificate or Consular Report of Birth Abroad listing the names of the parent(s)/guardian(s) and child)
- Original parental/guardian government-issued photo identification and a photocopy of the front and back (to satisfy proof of identity)

If only one parent/guardian can appear in person with the child, you must also submit one of the following:

- The second parent's notarized written statement or DS-3053 (including the child's full name and date of birth) consenting to the passport issuance for the child. The notarized statement cannot be more than three months old, must be signed and notarized on the same day, and must come with a front and back photocopy of the second parent's government-issued photo identification.
- The second parent's death certificate (if second parent is deceased)
- Evidence of sole authority to apply (Example: a court order granting sole legal custody or a birth certificate listing only one parent)
- A written statement (made under penalty of perjury) or DS-5525 explaining, in detail, why the second parent cannot be reached

OR

PROOF OF PARENTAL AWARENESS (FOR APPLICANTS AGES 16 AND 17)

We may request the consent of one legal parent/legal guardian to issue a U.S. passport to you. In many cases, the passport authorizing officer may be able to ascertain parental awareness of the application by virtue of the parent's presence when the minor submits the application or a signed note from the parent or proof the parent is paying the application fees. However, the passport authorizing officer retains discretion to request the legal parent's/legal guardian's notarized statement of consent to issuance (e.g., on Form DS-3053).

5. FEES Passport service fees are established by law and regulation (see 22 U.S.C. 214, 22 C.F.R. 22.1, and 22 C.F.R. 51.50-56) and are collected at the time you apply for the passport service. By law, the passport fees are **non-refundable**. Visit travel.state.gov/passport/fees for current fees and how fees are used and processed. Payment methods are as follows:

**Applicant Applying in the United States
At Acceptance Facility**

- Passport fees must be made by check (personal, certified, cashier's, travelers) or money order (U.S. Postal, international, currency exchange) with the applicant's full name and date of birth printed on the front and payable to "U.S. Department of State."
- The execution fee **must be paid separately** and made payable to the acceptance facility in the form that they accept.

**Applicant Applying at a Passport Agency or
Outside the United States**

- We accept checks (personal, certified, cashier's, travelers); major credit cards (Visa, Master Card, American Express, Discover); money orders (U.S. Postal, international, currency exchange); or exact cash (no change provided). Make all fees payable to the "U.S. Department of State."
- If applying outside the United States: Please see the website of your embassy, consulate, or consular agency for acceptable payment methods.

Other Services Requiring Additional Fee (Visit travel.state.gov for more details):

- **Expedite Service**: Only available for passports mailed in the United States and Canada.
- **1-2 Day Delivery**: Only available for passport book (and not passport card) mailings in the United States.
- **Verification of a previous U.S. Passport or Consular Report of Birth Abroad**: Upon your request, we verify previously issued U.S. passport or Consular Report of Birth Abroad if you are unable to submit evidence of U.S. citizenship.
- **Special Issuance Passports**: If you apply for a no-fee regular, service, official, or diplomatic passport at a designated acceptance facility, you must pay the execution fee. No other fees are charged when you apply.

SECTION E. HOW TO SUBMIT THIS FORM

Submitting your form depends on your location and how soon you need your passport.

- **Applicant Located Inside the United States**: For the latest information regarding processing times, scheduling appointments, and nearest designated acceptance facilities visit travel.state.gov or contact NPIC.
- **Applicant Located Outside the United States**: In most countries, you must apply in person at a U.S. embassy or consulate for all passport services. Each U.S. embassy and consulate has different procedures for submitting and processing your application. Visit travel.state.gov to check the U.S. embassy or consulate webpage for more information.

SECTION F. RECEIVING YOUR PASSPORT AND SUPPORTING DOCUMENTS

- **Difference Between U.S. Passport Book and Card**: The book is valid for international travel by air, land, and sea. The card is not valid for international air travel, only for entry at land border crossings and seaports of entry when traveling from Canada, Mexico, Bermuda, and the Caribbean. The maximum number of letters provided for your given name (first and middle) on the card is 24 characters. If both your given names are more than 24 characters, you must shorten one of your given names you list on item #1 of Application Page 1.
- **Separate mailings**: You may receive your newly issued U.S. passport book and/or card and your citizenship evidence in two separate mailings. If you are applying for both a book and card, you may receive three separate mailings: one with your returned evidence, one with your newly issued book, and one with your newly issued card. **All documentary evidence that is not damaged, altered, or forged will be returned to you.** Photocopies will not be returned.
- **Passport numbers**: Each newly issued passport book or card will have a different passport number than your previous one.
- **Shipping and Delivery Changes**: If your mailing address changes prior to receipt of your new passport, please contact NPIC. **NOTE**: We will not mail a U.S. passport to a private address outside the United States or Canada.
- **Passport Corrections, Non-Receipt/Undeliverable Passports, and Lost/Stolen Passport**: For more information visit travel.state.gov or contact NPIC.



U.S. Department of State
APPLICATION FOR A U.S. PASSPORT

WARNING

False statements made knowingly and willfully in passport applications, including affidavits or other documents submitted to support this application, are punishable by fine and/or imprisonment under U.S. law including the provisions of 18 U.S.C. 1001, 18 U.S.C. 1542, and/or 18 U.S.C. 1621. Alteration or mutilation of a passport issued pursuant to this application is punishable by fine and/or imprisonment under the provisions of 18 U.S.C. 1543. The use of a passport in violation of the restrictions contained herein or of passport regulations is punishable by fine and/or imprisonment under 18 U.S.C. 1544. All statements and documents are subject to verification.

Failure to provide information requested on this form, including your Social Security number, may result in significant processing delays and/or the denial of your application.

ACTS OR CONDITIONS

If any of the below-mentioned acts or conditions have been performed by or apply to the applicant, a supplementary explanatory statement under oath (or affirmation) by the applicant should be attached and made a part of this application.

I have not been convicted of a federal or state drug offense or convicted of a statutory "sex tourism" crime, and I am not the subject of an outstanding federal, state, or local warrant of arrest for a felony; a criminal court order forbidding my departure from the United States; or a subpoena received from the United States in a matter involving federal prosecution for, or grand jury investigation of, a felony.

PRIVACY ACT STATEMENT

AUTHORITIES: Collection of this information is authorized by 22 U.S.C. 211 a et seq.; 8 U.S.C. 1104; 26 U.S.C. 6039E, 22 U.S.C. 2714a(f), Section 236 of the Admiral James W. Nance and Meg Donovan Foreign Relations Authorization Act, Fiscal Years 2000 and 2001; Executive Order 11295 (August 5, 1966); and 22 C.F.R. parts 50 and 51.

PURPOSE: We are requesting this information in order to determine your eligibility to be issued a U.S. passport. Your Social Security number is used to verify your identity.

ROUTINE USES: This information may be disclosed to another domestic government agency, a private contractor, a foreign government agency, or to a private person or private employer in accordance with certain approved routine uses. These routine uses include, but are not limited to, law enforcement activities, employment verification, fraud prevention, border security, counterterrorism, litigation activities, and activities that meet the Secretary of State's responsibility to protect U.S. citizens and non-citizen nationals abroad. Your Social Security number will be provided to the U.S. Department of the Treasury and may be used in connection with debt collection, among other purposes authorized and generally described in this section. More information on the routine uses for the system can be found in System of Records Notices State-05, Overseas Citizen Services Records and Other Overseas Records and State-26, Passport Records.

DISCLOSURE: Providing information on this form is voluntary. Be advised, however, that failure to provide the information requested on this form may cause delays in processing your U.S. passport application and/or could also result in the refusal or denial of your application. Failure to provide your Social Security number may result in the denial of your application (consistent with 22 U.S.C. 2714a(f)) and may subject you to penalty enforced by the Internal Revenue Service, as described in the Federal Tax Law on Instruction Page 1 (Section C) to this form.

PAPERWORK REDUCTION ACT STATEMENT

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 85 minutes per response, including the time required for searching existing data sources, gathering the necessary data, providing the information and/or documents required, and reviewing the final collection. You do not have to supply this information unless this collection displays a currently valid OMB control number. If you have comments on the accuracy of this burden estimate and/or recommendations for reducing it, please send them to: Passport Forms Officer, U.S. Department of State, Bureau of Consular Affairs, Passport Services, Office of Program Management and Operational Support, 44132 Mercure Cir, PO Box 1199, Sterling, Virginia 20166-1199.

For more information about your application status, online tools, current fees, and processing times, please visit travel.state.gov.

Name of Applicant (Last, First, & Middle) _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

10. Parental Information

Mother/Father/Parent - First & Middle Name (at Parent's Birth) _____

Last Name (at Parent's Birth) _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

Place of Birth (City & State if in the U.S. or City & Country as it is presently known) _____

Gender

U.S. Citizen?

☐ M

☐ Yes

☐ F

☐ No

☐ X

Mother/Father/Parent - First & Middle Name (at Parent's Birth) _____

Last Name (at Parent's Birth) _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

Place of Birth (City & State if in the U.S. or City & Country as it is presently known) _____

Gender

U.S. Citizen?

☐ M

☐ Yes

☐ F

☐ No

☐ X

11. Have you ever been married? ☐ Yes ☐ No If yes, complete the remaining items in #11.

Full Name of Current Spouse or Most Recent Spouse (Last, First & Middle) _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

Place of Birth _____

U.S. Citizen? ☐ Yes ☐ No

Date of Marriage
(mm/dd/yyyy) _____

Have you ever been widowed or divorced? ☐ Yes ☐ No

Widow/Divorce Date

(mm/dd/yyyy) _____

12. Additional Contact Phone Number _____

☐ Home ☐ Cell
☐ Work ☐ _____

13. Occupation (if age 16 or older) _____

14. Employer or School (if applicable) _____

15. Height _____

16. Hair Color _____

17. Eye Color _____

18. Travel Plans (If no travel plans, please write "none")
Departure Date (mm/dd/yyyy) _____ Return Date (mm/dd/yyyy) _____

Countries to be Visited _____

19. Permanent Address (Complete if P.O. Box is listed under Mailing Address or if residence is different from Mailing Address. **Do not list a P.O. Box.**)

Street/RFD # or URB _____

Apartment/Unit _____

City _____

State _____

Zip Code _____

20. Your Emergency Contact (Provide the information of a person not traveling with you to be contacted in the event of an emergency.)

Name _____

Address: Street/RFD # or P.O. Box _____

Apartment/Unit _____

City _____

State _____

Zip Code _____

Phone Number _____

Relationship _____

21. Have you ever applied for or been issued a U.S. Passport Book or Passport Card? ☐ Yes ☐ No If yes, complete the remaining items in #21.

Name as printed on your most recent passport book _____

Most recent passport book number _____

Most recent passport book issue date (mm/dd/yyyy) _____

Status of your most recent passport book: ☐ Submitting with application ☐ Stolen ☐ Lost ☐ In my possession (if expired)

Name as printed on your most recent passport card _____

Most recent passport card number _____

Most recent passport card issue date (mm/dd/yyyy) _____

Status of your most recent passport card: ☐ Submitting with application ☐ Stolen ☐ Lost ☐ In my possession (if expired)

PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR ISSUING OFFICE ONLY

Name as it appears on citizenship evidence _____

☐ Birth Certificate SR CR City Filed:

Issued:

☐ Sole
Parent

☐ Nat. / Citiz. Cert. USCIS USDC Date/Place Acquired:

A#

☐ Report of Birth Filed/Place:

☐ Passport C/R S/R See #21 #/DOI:

☐ Other:

☐ Attached:

☐ P/C of Citz ☐ P/C of ID ☐ DS-71 ☐ DS-3053 ☐ DS-64 ☐ DS-5520 ☐ DS-5525 ☐ PAW ☐ NPIC ☐ IRL ☐ Citz W/S



DS 11 C 03 2022 2

Document F

CONSENT FOR MINOR CHILD(REN) TO TRAVEL

State of New York)

County of _____) ss.

I, _____, currently residing at _____
_____, hereby affirm under penalty of perjury:

I am the ☐ mother ☐ father of the following child(ren):

Child's Full Name (as written in passport)	Date of Birth	Passport Country	Passport Number
---	---------------	------------------	-----------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

The child(ren) listed above is(are) traveling to _____
for the purpose of _____ between the dates of
_____ and _____.

Check one:

☐ My child(ren) is(are) traveling with:

Caretaker's Name (as written in passport)	Passport Country	Passport Number
--	------------------	-----------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Caretaker's Address

Caretaker's Phone

Caretaker's Email

Parent's initials: _____

- ☐ My child(ren) are traveling alone, under the airline's unaccompanied minor's program and with this document giving my consent.

My child(ren) is(are) making this journey with my full knowledge and consent.

I have verified the destination country's requirements for unaccompanied minor children, and taken the necessary steps for my child(ren) to travel alone.

Check one:

- ☐ The other parent's has also granted his/her consent; see attached.
- ☐ The other parent's consent is not required because:
- ☐ s/he is deceased; see attached copy of death certificate.
 - ☐ I have been granted a court order allowing my child(ren) to travel outside the U.S.; see attached copy of the order.
 - ☐ Other: _____

Check one:

- ☐ The authority granted pursuant to this form shall be valid for _____ (*number up to 12*) months from the date of signature of this designation, or until the date of revocation, whichever occurs first.
- ☐ The authority granted pursuant to this form shall be valid for _____ (*number up to 365*) days from the date of signature of this designation, or until the date of revocation, whichever occurs first.
- ☐ The authority granted pursuant to this form shall be valid from _____ (*date*) until and including _____ (*date up to one year*), or until the date of revocation, whichever occurs first.

Parent's initials: _____

In the event of any questions regarding this consent, I may be contacted at:

Address: _____

Home Phone: _____ Mobile Phone: _____

Email: _____

Signature of Parent

Printed Name of Parent

Sworn to before me this
_____ day of _____, 20____.

Notary Public

List of Attachments, as applicable (copies only):

- ☐ Birth certificate of each child
- ☐ Passport biographic page of each child
- ☐ Passport biographic page of parent
- ☐ Passport biographic page of custodian / guardian / caretaker
- ☐ Consent of other parent
- ☐ Death certificate of other parent
- ☐ Custody / Guardianship Court Order
- ☐ Other: _____

Document G

Fecha:

Dear Principal,

Yo escribo esta carta para actualizar el Blue Card(s) para mi hijo/a,
_____, para incluir a las personas enumeradas abajo a la lista de los
que pueden recoger a mi hijo/a en caso de emergencia.

Nombre

Número de Teléfono

1.

2.

3.

4.

Gracias.

Firma: _____

Nombre: _____

Document H

DESIGNACIÓN DE UNA PERSONA EN UNA RELACIÓN PATERNAL/MATERNAL

- **Párrafo 1**
 - Escriba el nombre del padre o de la madre
- **Párrafo 2**
 - Escriba una dirección segura y número de teléfono donde el padre o la madre puede ser contactado. Direcciones y números de teléfono de personas sin estatus migratorio no deben usarse si eso se puede evitar.
- **Párrafo 3**
 - Escriba el nombre de la persona (el designado) a quien el padre o la madre le desea confiar el cuidado de la salud y las responsabilidades educativas de sus hijos u otras personas a cargo del padre o de la madre.
 - Escriba una dirección segura y número de teléfono donde el designado puede ser contactado. Direcciones y números de teléfono de personas sin estatus migratorio no deben usarse si eso se puede evitar.
 - Escriba los nombres y las fechas de nacimiento de los niños o las otras personas que serán cuidado por el designado.
- **Párrafo 4**
 - Marque la caja y escriba las iniciales junto a la opción d., y luego escriba después:
 - *“Mi detención o deportación por parte de los funcionarios de inmigración de los Estados Unidos”*
 - Continuar hasta *“la fecha en que expire esta designación”*
- **Párrafo 5**
 - Tacha y ponga las iniciales al lado de cada poder que el padre o la madre no quiere ceder al designado
 - Escriba cualquier condición adicional que aplica
- **Párrafo 7**
 - El padre o la madre firma ante un notario público
- **Párrafo 8**
 - El segundo padre o madre firma ante un notario si hay una orden judicial que requiere el acuerdo de ambos padres en decisiones de salud y educación
 - Escriba la dirección y número de teléfono del segundo padre o madre. Direcciones y números de teléfono de personas sin estatus migratorio no deben usarse si eso se puede evitar.
- **Párrafo 9**
 - La persona a quien le confía las decisiones de salud y educación del niño (el designado) firma ante un notario

Complete el formulario en inglés y un formulario en su propio idioma. Guarde copias para usted y entregue los originales a la persona a quien le confiará el cuidado de sus hijos o miembros de la familia.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
DESIGNACIÓN DE UNA PERSONA EN UNA RELACIÓN PATERNAL/MATERNAL
De conformidad con la Sección 5-1551 de la Ley de Obligaciones Generales del
Estado de Nueva York
(*New York State General Obligations Law*)

1. Yo, _____, por la presente declaro que soy el padre/madre del niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) mencionada(s) a continuación y que no existe hasta la fecha una orden judicial en vigencia en ninguna jurisdicción que me prohíba ejercer la autoridad que ahora exijo ejercer.

2. El domicilio y el/los número(s) de teléfono(s) donde se me puede ubicar mientras esta designación esté en vigencia es/son:

Domicilio: _____

Teléfono: Particular () - ; Trabajo () -
(Otro) () -

3. Temporalmente otorgo a _____, persona mayor de 18 años de edad que reside en _____, Nueva York, de teléfono () - el cuidado del siguiente niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s):

(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /
(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /
(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /
(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /

4. Toda autoridad otorgada a la persona en una relación paternal/maternal en virtud de este formulario tendrá validez (marque la casilla apropiada y coloque sus iniciales):

☐ ____ a. durante 12 meses desde la fecha de la firma de esta designación o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero (debe incluir los domicilios y los números de teléfono de todas las partes, y todas las partes deben firmar ante la presencia de un notario público); o

☐ ____ b. durante 30 días desde la fecha de la firma de esta designación o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero; o

☐ ____ c. desde ____ / ____ / ____ (fecha) hasta e inclusive ____ / ____ / ____ (fecha) o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero; o

☐ ____ d. a partir de
(indique el evento) y continuando hasta _____ o hasta la fecha
de la revocación, lo que ocurra primero.

5. En lo que respecta al niño(a)/niños(s)/persona(s) discapacitada(s) mencionada(s) previamente, la persona designada en una relación paternal/maternal tiene la autoridad para:

(Tache y coloque sus iniciales en cualquier apartado que no corresponda).

- ☐ revisar los registros escolares
- ☐ realizar inscripciones en la escuela
- ☐ excusar inasistencias escolares
- ☐ autorizar la participación en programas escolares y/o actividades patrocinadas por la escuela
- ☐ autorizar la atención médica relacionada con la escuela*
- ☐ realizar inscripciones en planes médicos
- ☐ autorizar inmunizaciones*
- ☐ autorizar la atención médica general*
- ☐ autorizar procedimientos médicos*
- ☐ autorizar la atención dental
- ☐ autorizar evaluaciones de desarrollo
- ☐ autorizar un examen de salud mental y/o tratamiento

*Excepto lo que se prohíba de conformidad con la Sección 2504 de la Ley de Salud Pública (*Public Health Law*)

Cualquiera de las autorizaciones previas puede estar sujeta a limitaciones adicionales, conforme a condiciones estipuladas por el padre/madre, y, en caso de limitarse la autoridad, las limitaciones se indicarán a continuación (por ej. el padre/madre puede otorgar la autorización para un examen de salud mental, sujeto a la condición de que no se le contacte por teléfono o por otros medios electrónicos).

6. Además, yo autorizo a la persona en una relación paternal/maternal a solicitar, recibir y revisar, y a tener acceso pleno e ilimitado, y a obtener copias completas no redactadas de todo y cualesquiera información de salud, médica, financiera y/o cualesquiera información y/o registros según se define en 45 CFR. § 164.501 y regulado por los Estándares de Privacidad de la Información Médica Identificable Individualmente (*Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information*) que aparece en la Reg. Fed. 65 82462 como registros privados protegidos o de otro modo cubiertos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act—HIPAA*), Ley Pública 104-191, por cada niño(a)/persona discapacitada enumerada en el párrafo 3 precedente. Entiendo que la información que aparece en dichos registros médicos y de salud puede incluir información pertinente a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) y el virus de inmunodeficiencia humano (VIH), servicios por trastornos de conducta o salud mental, tratamiento por alcoholismo y/o abuso de drogas y/o adicción. Asimismo entiendo que puedo tener acceso a y/o recibir una reseña de la información a ser utilizada o divulgada según se dispone en 45 CFR § 164.524, et seq. Asimismo entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es un acto voluntario, y que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Asimismo entiendo que cualquier divulgación de esta información conlleva el potencial de una divulgación no autorizada de esta información por parte de terceros, y que dicha divulgación puede no estar protegida bajo la HIPAA. A fin de inducir a la parte reveladora a divulgar la información privada y/o confidencial previamente mencionada, eximo o excuso para siempre a dicha parte reveladora, quien se basa en este instrumento, de cualesquiera responsabilidad u obligación que pudiera surgir en virtud del reglamento de confidencialidad conforme a la HIPAA a causa de dicha divulgación.

7. NOTIFICACIÓN A LOS PADRES Y PERSONAS EN UNA RELACIÓN PATERNAL/MATERNAL: La autorización de acuerdo con este formulario es válida hasta lo que ocurra primero: la revocación por parte del padre/madre o la fecha especificada en el párrafo 4 precedente. El padre/madre que firmó esta designación podrá revocarla a voluntad, y podrá notificar a las escuelas pertinentes y a los proveedores de atención médica sobre dicha revocación. Una persona en una relación paternal/maternal que reciba notificación de un padre/madre sobre tal revocación deberá notificar a las escuelas, a los proveedores de atención médica o a los planes médicos ante quienes se presentó una autorización en virtud de esta subdivisión. En la eventualidad de que la persona en una relación paternal/maternal no notifique a los destinatarios sobre la autorización o la revocación, esto no anulará la efectividad de la notificación de revocación por parte de los padres.

Esta autorización es temporal, pero puede ser renovada por los padres. No obstante, los padres y las personas en una relación paternal/maternal involucrados en un acuerdo de cuidado a largo plazo pueden procurar un acuerdo legal más permanente iniciando un procedimiento judicial para designar un tutor(a) legal o determinar la custodia.

Nota: Todas las firmas a continuación se deben autenticar si la autorización es por un período que excede los 30 días.

Fecha: / / (Firma del padre/madre) _____

Juramentado ante mí este

_____ día de _____ 20 _____

Notario Público _____

8. Yo, _____, soy también el padre/madre del niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) mencionada(s) en la presente, reconozco que existe también una orden judicial que indica que ambos padres deben estar de acuerdo con las decisiones sobre la educación y/o la salud relacionadas con dicho niño(s)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) y por la presente acepto esta designación mediante mi firma que estampo a continuación.

El domicilio y el/los número(s) de teléfono(s) en los que se me puede ubicar mientras esta designación esté en vigencia es/son:

Domicilio: _____

Teléfono: Particular () - _____ ; Trabajo () - _____

Otro () - _____

Fecha: / / (Firma del padre/madre) _____

Juramentado ante mí este

_____ día de _____ 20 _____

Notario Público _____

9. Yo, _____, la persona designada en una relación paternal/maternal para el niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) mencionadas en el presente formulario, acepto esta designación mediante mi firma que estampo a continuación.

Fechado: _____ / _____ / _____ (Firma) _____

Juramentado ante mí

_____ día de _____ 20 _____.

Notario Público _____

DE UNA PERSONA EN UNA RELACIÓN PATERNAL/MATERNAL, de acuerdo con la Sección 5-1551 de la Ley de Obligaciones Generales del Estado de Nueva York (*New York State General Obligations Law*).

OBJETIVO DE ESTE FORMULARIO:

Este formulario le permite designar a otra persona para que tome decisiones médicas y educacionales para su hijo(a)/hijos(as) o persona(s) discapacitada(s) bajo su cuidado si usted no puede hacerlo por sí mismo(a) durante un período de tiempo específico. Esta autorización sólo se puede usar por un período de hasta 12 meses. Si usted necesita que su hijo(a)/hijos(as)/persona(s) discapacitada(s) estén bajo el cuidado de otra persona durante más de 12 meses, quizás desee considerar otras opciones.

Si existe una orden judicial que exija que ambos padres estén de acuerdo con respecto a las decisiones sobre educación y/o salud de sus hijos, entonces ambos padres deben firmar este formulario. En caso contrario, sólo se requiere la firma del padre/madre.

Usted conserva todos sus derechos paternales/maternales con esta autorización, y puede cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento. La persona que usted designe tendrá la autoridad para hablar con el personal de la escuela que atiende a su(s) hijo(s), maestros y proveedores de atención médica y podrá tomar decisiones de rutina. La persona que usted designe no podrá autorizar una cirugía u otro procedimiento médico importante, pero podrá autorizar asuntos médicos de rutina. Si usted no quiere que la persona que designe esté autorizada para tomar ciertas decisiones, como por ejemplo decisiones sobre vacunación, puede especificarlo en el formulario. Si la persona que usted designe toma una decisión con respecto a su hijo(a)/hijos(as)/persona(s) discapacitada(s) con la que usted no está de acuerdo, puede anular dicha decisión.

La persona que usted designe debe aceptar ser una "persona con autoridad paternal/maternal", y no estará obligada a asumir responsabilidad por la manutención financiera del niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s). Su hijo(a)/hijos(as) no tendrá(n) que cambiar de distrito escolar si esa persona reside en otro distrito escolar. En la eventualidad de su muerte o discapacidad, esta designación terminará automáticamente.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE ESTE FORMULARIO:

Párrafo 1: Escriba su nombre legal completo en el espacio provisto. Si existe una orden judicial en vigencia que exige que ambos padres firmen, el otro padre/madre escribirá su nombre en el espacio provisto en el Párrafo 7.

Párrafo 2: Escriba su domicilio y número(s) de teléfono. En caso de no incluirse esta información, la autorización no tendrá validez por más de 30 días. Escriba el domicilio donde vivirá durante el período en que esté vigente esta autorización, aunque no sea su domicilio legal. Por ejemplo, si esta autorización se utilizará durante su hospitalización, debe escribir el domicilio del hospital.

Párrafo 3: Escriba el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona a quien desea designar para que tome decisiones educacionales y/o de salud para su hijo(s)/persona(s) discapacitada(s). Escriba el/los nombre(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento para CADA niño(a)/persona discapacitada.

Párrafo 4: Especifique durante cuánto tiempo quiere que esta autorización esté en vigencia marcando la casilla correspondiente y colocando sus iniciales al lado. Recuerde, puede revocar (cancelar) esta designación antes de esa fecha si así lo desea. Al final de estas instrucciones se incluye información sobre cómo hacerlo.

- **Use (a)** si quiere que esta designación tenga validez por 12 meses. Si elige esta opción, debe indicar el domicilio y el número de teléfono del padre/madre y la otra persona, y todas las firmas deben estar autenticadas.

- **Use (b)** si quiere que esta designación tenga validez por 30 días. No es necesario que incluya los domicilios y los números de teléfono con esta opción, pero le sugerimos que lo haga en caso de que los proveedores médicos o educacionales necesiten ponerse en contacto con usted.

- **Use (c)** si quiere usar fechas específicas, por un período de menos o más de 30 días. Recuerde, esta designación no se puede usar por más de 12 meses, y debe incluir los domicilios, los números de teléfono y las firmas autenticadas si quiere que tenga validez por más de 30 días.

- **Use (d)** si quiere que esta designación comience con un evento específico, como por ejemplo si usted es hospitalizado(a). En tal caso, debe escribir el evento específico en el espacio en blanco provisto (ejemplo: "Cuando sea admitido(a) en un hospital") y escribir la fecha o el evento cuando venza la designación en el segundo espacio (ejemplo: "30 días más tarde" o "cuando sea dado(a) de alta del hospital"). Nuevamente, debe incluir los domicilios, los números de teléfono y las firmas autenticadas si quiere que la designación tenga validez por más de 30 días.

Párrafo 5: Enumere las cosas que desea que la persona que usted designe tenga autoridad para hacer. Tache y coloque sus iniciales en CADA inciso para indicar que la persona designada NO tiene autoridad para hacerlo. Si hay otras cosas que quiere impedir que la persona haga, enumérelas en los renglones en blanco que aparecen debajo de la lista. Por ejemplo, si quiere que se comuniquen con usted antes de la realización de cualquier examen de salud mental, puede especificarlo en el espacio provisto.

Párrafo 6: Este párrafo permite que la persona que usted designe tenga acceso al historial clínico e información médica de su hijo(a)/hijos(as)/persona(s) discapacitada(s).

Párrafo 7: Aquí encontrará cierta información sobre este formulario. El padre/madre cuyo nombre aparece en el Párrafo 1 luego firma y fecha el formulario. Si esta autorización estará en vigencia por un período de más de 30 días, la firma debe ser autenticada. En este caso, debe llevar el formulario a un notario público antes de firmarlo, y firmar el formulario ante ese notario público, que a su vez también firmará el formulario para indicar que ha sido testigo de su firma. Si no lo hace, esta autorización vencerá automáticamente en 30 días.

Párrafo 8: Si existe una orden judicial en vigencia que exija que ambos padres estén de acuerdo con respecto a las decisiones sobre la educación y/o la salud de sus hijos, entonces el otro padre/madre escribirá su nombre legal completo, domicilio y número de teléfono en los espacios provistos. Al igual que el primer padre/madre, no es necesario que indique su domicilio y número de teléfono si la autorización es por un período de 30 días o menos, pero quizás desee hacerlo. Se debe proporcionar esta información y firmar el formulario ante un notario público, si la autorización estará en vigencia por más de 30 días. Si no existe una orden judicial en vigencia que exija que ambos padres estén de acuerdo, puede dejar este párrafo en blanco.

Párrafo 9: Escriba el nombre legal completo de la persona que será designada "en una relación paternal/maternal" con el niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s). Luego la persona debe firmar y fechar el formulario, para mostrar que acepta ser una persona en una relación paternal/maternal. Si esta autorización estará vigente por más de 30 días, también se tendrá que firmar ante un notario público.

OTRA INFORMACIÓN:

- Tratamiento médico importante: La persona que usted designe **NO PUEDE** autorizar un "Tratamiento médico importante", lo que se refiere a cualquier intervención o procedimiento médico, quirúrgico o de diagnóstico en el que se utilice anestesia general o que conlleve un riesgo significativo o cualquier invasión considerable de la integridad corporal que requiera una incisión o produzca dolor significativo, molestias, debilitamiento o tenga un período de recuperación prolongado. Esto no incluye: cualquier diagnóstico o tratamiento de rutina como por ejemplo la administración de medicamentos a excepción de quimioterapia para condiciones no psiquiátricas o nutrición o la extracción de fluidos corporales para ser analizados; terapia electro-convulsiva; atención dental con anestesia local; cualquier procedimiento que se realice a causa de una emergencia, en virtud de la sección 2504 de la ley de salud pública; la cancelación o interrupción de un tratamiento médico que mantiene las funciones vitales; o la esterilización o la terminación de un embarazo.

Por ejemplo, la persona designada puede autorizar que un niño(a)/persona discapacitada reciba un tratamiento dental estándar, como por ejemplo el empaste de caries, pero no una cirugía dental en la que la persona estará inconsciente durante el procedimiento, tal como en una extracción de la muela de juicio. Se requerirá el consentimiento del padre/madre para los procedimientos médicos importantes.

- Revocación de esta designación: A fin de revocar (cancelar) esta autorización, sólo tiene que informarle a la persona que designó que desea hacerlo, y él/ella debería notificar a los proveedores educacionales y médicos correspondientes que la autorización ha sido cancelada. Si bien no es necesario que el padre/madre haga la revocación por escrito, o notifique a los proveedores médicos y educacionales del niño(s)/persona(s) discapacitada(s) que ha revocado la autorización, quizás prefiera hacerlo para evitar cualquier tipo de confusión. Si ambos padres firmaron el formulario, tanto el padre como la madre puede cancelar la designación; es decir, no es necesario que ambos padres lo hagan.

Document I

COMPLETAR EL FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE TUTOR RESERVA

- **Escriba el nombre del padre o madre**
- **Escriba el nombre del tutor de reserva**
- **Escriba la dirección y el número de teléfono del tutor de reserva**
- **Seleccione la casilla “persona”, “propiedad” o “persona y propiedad de mis hijos”**
para indicar qué poderes desea que tenga el tutor de reserva.
- **Escriba el nombre de los niños**
- **Escriba nuevamente el nombre de la persona designada**
- **Escriba por qué sería lo mejor para los niños que la persona designada fuera el tutor de reserva (y no el otro padre).** *Ejemplo: “...porque mi(s) hijo(s) ha(n) conocido(s) a [Tutor de reserva] durante toda su vida (vidas) y se sienten cómodos con él/ella. El otro padre de mi hijo no puede cuidarlo porque no está cerca”.*
- **Escriba el segundo designado, la dirección y el teléfono, si corresponde.**
- **El padre o madre firma el formulario.**
- **Dos testigos mayores de 18 años firman el formulario, dando fe de que vieron al padre firmar el formulario.**

El Formulario de Designación de Tutor de Reserva será válido durante 60 días a partir de la fecha de la “Separación Administrativa” causada por la detención o deportación de inmigrantes. Después de los 60 días, el tutor de reserva puede acudir al Centro de ayuda del Tribunal de Familia de su distrito para presentar una petición de tutela, junto con el formulario de designación de tutor de reserva.

El formulario de designación de tutor de reserva puede ser revocado en cualquier momento por el padre o la madre y este conserva todos sus derechos después de firmar el formulario.

DESIGNACIÓN DE TUTOR DE RESERVA (SCPA 1726 (3))

Yo _____, por la presente designo a _____,
(Nombre del padre) (Nombre de la persona designada)
_____ y _____
(DIRECCIÓN) (Número de teléfono)

como tutor suplente de la ☐ persona, ☐ propiedad o ☐ persona y propiedad de mi(s) hijo(s), es decir

(Nombre del niño(s))

El nombramiento de _____, como tutor suplente
(Nombre de la persona designada/tutor de reserva)

de la persona y/o propiedad de mis hijos sería lo mejor para ellos porque

La autoridad del tutor suplente entrará en vigor: (1) si mi médico concluye por escrito que estoy mentalmente incapacitado y, por lo tanto, no puedo cuidar de mi(s) hijo(s); (2) si mi médico concluye por escrito que estoy físicamente debilitado y, por lo tanto, no puedo cuidar de mi(s) hijo(s) y doy mi consentimiento por escrito, ante dos testigos, para que la autoridad del tutor suplente entre en vigor; (3) Si estoy sujeto a una separación administrativa tal que el cuidado y la supervisión del niño se verán interrumpidos o no se podrán brindar; o (4) tras mi muerte.

En caso de que la persona que designo arriba no pueda o no quiera actuar como tutor de mi(s) hijo(s), por la presente designo a _____,
(Nombre) (DIRECCIÓN)

_____ como tutor suplente de mi(s) hijo(s).
(Número de teléfono)

También entiendo que la autoridad de mi tutor suplente cesará sesenta días después de comenzar, a menos que para esa fecha él o ella solicite al tribunal su nombramiento como tutor.

Entiendo que conservo todos los derechos de paternidad, tutela, custodia o cuidador incluso después del comienzo de la autoridad del tutor suplente, y puedo revocar la tutela suplente en cualquier momento.

Anticuoado: _____

(Firma del peticionario)

(Nombre en letra de imprenta)

Declaro que la persona cuyo nombre aparece arriba firmó este documento en mi presencia, o no pudo firmar físicamente y pidió a otra persona que firmara este documento, quien lo hizo en mi presencia. Declaro además que tengo al menos dieciocho años y no soy la persona designada como tutor suplente.

Fecha: _____

Firma del testigo

Nombre del testigo: _____

DIRECCIÓN: _____

Fecha: _____

Firma del testigo

Nombre del testigo: _____

DIRECCIÓN: _____

Document J



POWER OF ATTORNEY NEW YORK STATUTORY SHORT FORM

(a) **CAUTION TO THE PRINCIPAL:** Your Power of Attorney is an important document. As the “principal,” you give the person whom you choose (your “agent”) authority to spend your money and sell or dispose of your property during your lifetime without telling you. You do not lose your authority to act even though you have given your agent similar authority.

When your agent exercises this authority, he or she must act according to any instructions you have provided or, where there are no specific instructions, in your best interest. “Important Information for the Agent” at the end of this document describes your agent’s responsibilities.

Your agent can act on your behalf only after signing the Power of Attorney before a notary public.

You can request information from your agent at any time. If you are revoking a prior Power of Attorney, you should provide written notice of the revocation to your prior agent(s) and to any third parties who may have acted upon it, including the financial institutions where your accounts are located.

You can revoke or terminate your Power of Attorney at any time for any reason as long as you are of sound mind. If you are no longer of sound mind, a court can remove an agent for acting improperly.

Your agent cannot make health care decisions for you. You may execute a “Health Care Proxy” to do this.

The law governing Powers of Attorney is contained in the New York General Obligations Law, Article 5, Title 15. This law is available at a law library, or online through the New York State Senate or Assembly websites, www.nysenate.gov or www.nyassembly.gov.

If there is anything about this document that you do not understand, you should ask a lawyer of your own choosing to explain it to you.

(b) **DESIGNATION OF AGENT(S):**

I, _____
(name of principal)

(address of principal)

hereby appoint:

(name of agent)

(address of agent)

(name of second agent)

(address of second agent)

as my agent(s).



If you designate more than one agent above and you do not initial the statement below, they must act together.

(____) My agents may act SEPARATELY.

(c) DESIGNATION OF SUCCESSOR AGENT(S): (OPTIONAL)

If any agent designated above is unable or unwilling to serve, I appoint as my successor agent(s):

(name of successor agent)

(address of successor agent)

(name of second successor agent),

(address of second successor agent)

If you do not initial the statement below, successor agents designated above must act together.

(____) My successor agents may act SEPARATELY.

You may provide for specific succession rules in this section. Insert specific succession provisions here:

(d) This POWER OF ATTORNEY shall not be affected by my subsequent incapacity unless I have stated otherwise below, under “Modifications”.

(e) This POWER OF ATTORNEY DOES NOT REVOKE any Powers of Attorney previously executed by me unless I have stated otherwise below, under “Modifications.”

(f) GRANT OF AUTHORITY:

To grant your agent some or all of the authority below, either

- (1) Initial the bracket at each authority you grant, or
- (2) Write or type the letters for each authority you grant on the blank line at (P), and initial the bracket at (P). If you initial (P), you do not need to initial the other lines.

I grant authority to my agent(s) with respect to the following subjects as defined in sections 5-1502A through 5-1502N of the New York General Obligations Law:

(____) (A) real estate transactions;

(____) (B) chattel and goods transactions;

(____) (C) bond, share, and commodity transactions;

(____) (D) banking transactions;

(____) (E) business operating transactions;

(____) (F) insurance transactions;

(____) (G) estate transactions;



- ☐ (H) claims and litigation;
- ☐ (I) personal and family maintenance: If you grant your agent this authority, it will allow the agent to make gifts that you customarily have made to individuals, including the agent, and charitable organizations. The total amount of all such gifts in any one calendar year cannot exceed five thousand dollars;
- ☐ (J) benefits from governmental programs or civil or military service;
- ☐ (K) financial matters related to health care; records, reports, and statements;
- ☐ (L) retirement benefit transactions;
- ☐ (M) tax matters;
- ☐ (N) all other matters;
- ☐ (O) full and unqualified authority to my agent(s) to delegate any or all of the foregoing powers to any person or persons whom my agent(s) select;
- ☐ (P) EACH of the matters identified by the following letters _____.

You need not initial the other lines if you initial line (P).

(g) CERTAIN GIFT TRANSACTIONS: (OPTIONAL)

In order to authorize your agent to make gifts in excess of an annual total of \$5,000 for all gifts described in (I) of the grant of authority section of this document (under personal and family maintenance), and/or to make changes to interest in your property, you must expressly grant that authorization in the Modifications section below. If you wish to authorize your agent to make gifts to himself or herself, you must expressly grant such authorization in the Modifications section below. Granting such authority to your agent gives your agent the authority to take actions which could significantly reduce your property and/or change how your property is distributed at your death. Your choice to grant such authority should be discussed with a lawyer.

☐ I grant my agent authority to make gifts in accordance with the terms and conditions of the Modifications that supplement this Statutory Power of Attorney.

(h) MODIFICATIONS: (OPTIONAL)

In this section, you may make additional provisions, including, but not limited to, language to limit or supplement authority granted to your agent, language to grant your agent the specific authority to make gifts to himself or herself, and /or language to grant your agent the specific authority to make other gift transactions and/or changes to interests in your property. Your agent is entitled to be reimbursed from your assets for reasonable expenses incurred on your behalf. In this section, you may make additional provisions if you ALSO wish your agent(s) to be compensated from your assets for services rendered on your behalf, and you may define “reasonable compensation.”

(i) DESIGNATION OF MONITOR(S): (OPTIONAL)

If you wish to appoint monitor(s), initial and fill in the section below:

☐ I wish to designate _____, whose address(es) is (are) _____, as monitor(s). Upon the request of the monitor(s), my agent(s) must provide the monitor(s) with a copy of the power of attorney and a record of all transactions done or made on my behalf. Third parties holding records of such transactions shall provide the records to the monitor(s) upon request.



(j) COMPENSATION OF AGENT(S):

Your agent is entitled to be reimbursed from your assets for reasonable expenses incurred on your behalf. If you ALSO wish your agent(s) to be compensated from your assets for services rendered on your behalf, and/or you wish to define "reasonable compensation", you may do so above, under "Modifications".

(k) ACCEPTANCE BY THIRD PARTIES:

I agree to indemnify the third party for any claims that may arise against the third party because of reliance on this Power of Attorney. I understand that any termination of this Power of Attorney, whether the result of my revocation of the Power of Attorney or otherwise, is not effective as to a third party until the third party has actual notice or knowledge of the termination.

(l) TERMINATION:

This Power of Attorney continues until I revoke it or it is terminated by my death or other event described in section 5-1511 of the General Obligations Law.

Section 5-1511 of the General Obligations Law describes the manner in which you may revoke your Power of Attorney, and the events which terminate the Power of Attorney.

(m) SIGNATURE AND ACKNOWLEDGMENT:

In Witness Whereof I have hereunto signed my name on _____, 20__

PRINCIPAL signs here: =====> _____

STATE OF NEW YORK)
) ss:
COUNTY OF _____)

On the ____ day of _____, 20__, before me, the undersigned, personally appeared _____, personally known to me or proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the individual whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her capacity, and that by his/her signature on the instrument, the individual, or the person upon behalf of which the individual acted, executed the instrument.

Notary Public

(n) SIGNATURE OF WITNESSES:

By signing as a witness, I acknowledge that the principal signed the Power of Attorney in my presence and in the presence of the other witness, or that the principal acknowledged to me that the principal's signature was affixed by him or her or at his or her direction. I also acknowledge that the principal has stated that this Power of Attorney reflects his or her wishes and that he or she has signed it voluntarily. I am not named herein as an agent or as a permissible recipient of gifts.

Signature of Witness 1

Signature of Witness 2



Date

Date

Print name

Print name

Address

Address

City, State, Zip Code

City, State, Zip Code

(o) IMPORTANT INFORMATION FOR THE AGENT:

When you accept the authority granted under this Power of Attorney, a special legal relationship is created between you and the principal. This relationship imposes on you legal responsibilities that continue until you resign or the Power of Attorney is terminated or revoked. You must:

- (1) act according to any instructions from the principal, or, where there are no instructions, in the principal's best interest;
- (2) avoid conflicts that would impair your ability to act in the principal's best interest;
- (3) keep the principal's property separate and distinct from any assets you own or control, unless otherwise permitted by law;
- (4) keep a record of all transactions conducted for the principal or keep all receipts of payments and transactions conducted for the principal; and
- (5) disclose your identity as an agent whenever you act for the principal by writing or printing the principal's name and signing your own name as "agent" in either of the following manners: (Principal's Name) by (Your Signature) as Agent, or (your signature) as Agent for (Principal's Name).

You may not use the principal's assets to benefit yourself or anyone else or make gifts to yourself or anyone else unless the principal has specifically granted you that authority in the modifications section of this document or a Non-Statutory Power of Attorney. If you have that authority, you must act according to any instructions of the principal or, where there are no such instructions, in the principal's best interest.

You may resign by giving written notice to the principal and to any co-agent, successor agent, monitor if one has been named in this document, or the principal's guardian if one has been appointed. If there is anything about this document or your responsibilities that you do not understand, you should seek legal advice.

Liability of agent: The meaning of the authority given to you is defined in New York's General Obligations Law, Article 5, Title 15. If it is found that you have violated the law or acted outside the authority granted to you in the Power of Attorney, you may be liable under the law for your violation.



(p) AGENT'S SIGNATURE AND ACKNOWLEDGMENT OF APPOINTMENT:

It is not required that the principal and the agent(s) sign at the same time, nor that multiple agents sign at the same time.

I/we, _____, have read the foregoing Power of Attorney. I am/we are the person(s) identified therein as agent(s) for the principal named therein.

I/we acknowledge my/our legal responsibilities.

In Witness Whereof I have hereunto signed my name on _____ 20__

Agent(s) sign(s) here: ==> _____

==> _____

STATE OF NEW YORK)

)

ss:

COUNTY OF _____)

On the ____ day of _____, 20__, before me, the undersigned, personally appeared _____, personally known to me or proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the individual whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her capacity, and that by his/her signature on the instrument, the individual, or the person upon behalf of which the individual acted, executed the instrument.

Notary Public

(q) SUCCESSOR AGENT'S SIGNATURE AND ACKNOWLEDGMENT OF APPOINTMENT:

It is not required that the principal and the SUCCESSOR agent(s), if any, sign at the same time, nor that multiple SUCCESSOR agents sign at the same time. Furthermore, successor agents can not use this power of attorney unless the agent(s) designated above is/are unable or unwilling to serve.

I/we, _____, have read the foregoing Power of Attorney. I am/we are the person(s) identified therein as SUCCESSOR agent(s) for the principal named therein.

In Witness Whereof I have hereunto signed my name on _____ 20__

Successor Agent(s) sign(s) here: ==> _____

==> _____

[illegible]

Notary Public