

7. 我的出生日期: _____ / _____ / _____
月 日 年

8. 我的加州驾照或身份证号码: _____

警告: 如果上面的任何陈述不正确, 或者您将犯有可处以罚款、
监禁或两者兼施的罪行, 请不要签署本表格。

本人根据加州法律, 声明上述内容是真实和正确的, 否则将接受伪证罪的刑罚。

_____/_____/_____ 日期 照护人签名

请注意:

- 本声明不影响未成年人的父母或法定监护人对未成年人的照顾、监护和控制的权力, 也不意味着照护人对未成年人有法定监护权。
- **Health Plan of San Joaquin** 没有义务进行任何进一步的询问或调查。
- 本宣誓书自签字之日起一年内有效。

额外信息

对于照护人：

- 就第 5 项而言，“合格亲属”是指配偶、父母、继父母、兄弟、姐妹、继兄弟、继姐妹、同父异母兄弟、同母异父姐妹、叔伯、姑姑、侄女、侄子、嫡亲表兄妹，或任何以“祖”或“曾祖”为称谓的人，或本定义中规定的任何人的配偶，即使此后婚姻因死亡或解除而终止。
- 如果您不是亲属或目前有执照的寄养父母，法律可能要求您取得寄养家庭执照才能照顾未成年人。如果您有任何疑问，请联系当地的社会服务部门。
- 如果该未成年人不再和您一起生活，您必须通知 Health Plan of San Joaquin。
- 如果您没有第 8 项所要求的资料（加州驾驶执照或身份证），请提供另一种身份证明，例如您的社会安全号码或加州医疗保险号码。
- 如果您对此表格有任何疑问，请致电 (209) 942-6320 与 Health Plan of San Joaquin 会员服务部联系。

对于 HEALTH PLAN OF SAN JOAQUIN：

- 照护人的授权宣誓书表格的适用部分经填写后，任何人如果真诚地以此为依据提供未成年人的健康保险信息，而实际上不知道存在与宣誓书的陈述相悖的事实，则无须对任何人承担刑事责任或民事责任，或受到专业纪律处分。
- 本宣誓书并不意味着该未成年人自动成为健康保险的受抚养人。