PODER DE ABOGADO DESIGNANDO PODERES PARENTALES PARA UN MENOR

Según lo autorizado por s. 48.979, Wis. Stats.

NOMBRE(S) DEL/LOS NIÑO(S)

Este poder notarial es para el propósito de proporcionar el cuidado y la custodia del/los siguiente(s) niño(s):

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

DELEGACIÓN DE PODER AL AGENTE

Yo,

_____,

NOMBRE DEL PADRE/MADRE DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE declaro que tengo la custodia legal del/los niño(s) mencionado(s) anteriormente. (Solo un padre/madre que tenga la custodia legal puede usar este formulario.) Un padre/madre no puede usar este formulario para delegar poderes parentales con respecto a un niño que esté sujeto a la jurisdicción del tribunal de menores bajo s. 48.13, 48.14, 938.12, 938.13, o 938.14, Wis. Stats. Delego mi poder parental a:

Nombre de agente:

_____

Dirección del agente:

_____

Número(s) de teléfono del agente:

_____

Correo electrónico del agente u otros contactos adicionales:

_____

La relación del agente con el/los niño(s) es

_____

El poder parental que estoy delegando es el siguiente:

COMPLETO

(Marque la casilla si desea delegar el poder parental completo con respecto al cuidado y la custodia del/los niño(s) mencionado(s) anteriormente.)

☐ Poder parental completo con respecto al cuidado y la custodia del/los niño(s) mencionado(s) anteriormente

PARCIAL

(Marque cada tema sobre el cual desea delegar su poder parental con respecto al/los niño(s) mencionado(s) anteriormente.)

DECISIONES DE CUIDADO DE SALUD DELEGADAS COMO SIGUE:

☐ El poder para darle permiso en todo cuidado de salud; o

☐ El poder para darle permiso solo al siguiente cuidado de salud:

☐ Cuidado de salud ordinario o rutinario, excluyendo procedimientos quirúrgicos mayores, procedimientos extraordinarios y tratamientos experimentales

☐ Transfusión de sangre de emergencia

☐ Cuidado dental

☐ Divulgación de información de salud sobre el/los niño(s)

OTRAS DECISIONES DELEGADAS COMO SIGUE:

☐ El poder para darle permiso a servicios educativos y vocacionales.

☐ El poder para darle permiso al empleo del/los niño(s).

☐ El poder para darle permiso a la divulgación de información confidencial, distinta de la información de salud, sobre el/los niño(s).

☐ El poder para proporcionar el cuidado y la custodia del/los niño(s).

☐ El poder para darle permiso a que el/los niño(s) obtenga(n) una licencia de conducir.

☐ El poder para viajar con el/los niño(s) fuera del estado de Wisconsin.

☐ El poder para obtener cuidado sustituto, como cuidado infantil, para el/los niño(s).

☐ Otros poderes específicamente delegados o límites en los poderes delegados (Llene el siguiente espacio o adjunte una hoja separada describiendo cualquier otro poder específico que desee delegar o cualquier límite que desee poner en los poderes que está delegando.)

☐ VER PÁGINA(S) ADJUNTA(S) Esta delegación de poderes parentales no priva a un padre/madre custodial o no custodial de ninguno de sus poderes con respecto al cuidado y la custodia del/los niño(s), ya sea otorgado por orden judicial o por fuerza de ley.

ESTE DOCUMENTO NO PUEDE SER UTILIZADO PARA DELEGAR EL PODER PARA TODO LO SIGUIENTE:

- CONSENTIR AL MATRIMONIO O ADOPCIÓN DEL/LOS NIÑO(S),
- LA REALIZACIÓN O INDUCCIÓN DE UN ABORTO EN O PARA EL/LOS NIÑO(S),
- LA TERMINACIÓN DE LOS DERECHOS PARENTALES SOBRE EL/LOS NIÑO(S),
- EL ALISTAMIENTO DEL/LOS NIÑO(S) EN LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS EE.UU., O
- COLOCAR AL/LOS NIÑO(S) EN UN HOGAR DE ACOGIDA, HOGAR GRUPAL O CENTRO DE TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO.

FECHA DE EFECTIVIDAD Y TÉRMINO DE ESTA DELEGACIÓN

Este Poder Notarial entra en vigor el (día/mes/año) _____, y permanecerá en vigor hasta el (día/mes/año) _____.

Si no se da una fecha de terminación o si la fecha de terminación dada es más de un año después de la fecha de efectividad de este Poder Notarial, este Poder Notarial permanecerá en vigor por un período de un año después de la fecha de efectividad, pero no más.

REVOCACIÓN DEL PODER NOTARIAL

Este Poder Notarial puede ser revocado por escrito en cualquier momento por un padre/madre que tenga la custodia legal del/los niño(s) y dicha revocación invalida la delegación de poderes parentales hecha por este Poder Notarial, excepto con respecto a los actos ya realizados.

_____	_____
FIRMA DE LA MADRE	FIRMA DEL PADRE
FECHA	FECHA
_____	_____
NOMBRE DE LA MADRE EN LETRA DE MOLDE	NOMBRE DEL PADRE EN LETRA DE MOLDE
_____	_____
DIRECCIÓN DE LA MADRE	DIRECCIÓN DEL PADRE
_____	_____
NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA MADRE	NÚMERO(S) DE TELÉFONO DEL PADRE
_____	_____
CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE

FIRMA(S) DE TESTIGOS (OPCIONAL)

Estado de _____; Condado de _____ Este documento fue firmado ante mí el (día/mes/año) _____ por (nombre(s) del/de los padre(s))

_____

_____

Firma del notario público

Mi comisión termina:_____

DECLARACIÓN DEL AGENTE

Yo, _____, entiendo que

_____

(nombre y dirección del agente) (nombre(s) del(los) padre(s))

me ha delegado las facultades especificadas en este Poder Notarial en relación con el cuidado y custodia de

_____.

(Nombre(s) del(los) niño(s))

Además, entiendo que este poder notarial puede ser revocado por escrito en cualquier momento por un padre que tenga la custodia legal de

_____.

(nombre(s) del(los) niño(s)).

Por la presente declaro que he leído este Poder Notarial, comprendo los poderes que me delega este Poder Notarial, soy apto, dispuesto y capaz de asumir esos poderes y acepto esos poderes.

_____ _____

FECHA DE FIRMA DEL AGENTE

_____

Firma de agente

_____

Fecha

APÉNDICE

Aquí, los padres pueden indicar dónde pueden estar ubicados durante el plazo del poder notarial si es diferente de las direcciones establecidas anteriormente.

Dirección(es) _____ Teléfono

_____

Dirección de correo electrónico _____

☐ Se me puede localizar en:

_____ Dirección
_____ Teléfono

☐ O poniéndome en contacto con:

Nombre _____

Dirección de correo electrónico _____

☐ O no se me puede localizar.