

DECLARACIÓN JURADA: Niños Bajo Cuidado Familiar No Formalizado



Office of Shared Accountability
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 334-17
Julio 2017

Se aplica a un niño/a que ya residía en el Estado de Maryland.
Código de Maryland, Educación §4-122.1 y Regulaciones 01-07 bajo COMAR 13A.08.05.

Yo (nombre del/de la pariente que asume el cuidado familiar) _____, el/la
firmante, soy mayor de dieciocho (18) años y competente para testificar sobre los hechos y asuntos expuestos en este instrumento.
_____(Nombre del niño/a), cuya fecha de nacimiento es el ____/____/____,
está viviendo conmigo debido a la siguiente adversidad grave de la familia.

Marque (✓) todo lo que corresponda y **adjunte la documentación adicional correspondiente:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento del padre/madre/guardián con tutela legal:
copia del certificado de defunción u otro comprobante | <input type="checkbox"/> Enfermedad grave del padre/madre/guardián con tutela legal:
copia del informe médico, nota u otro comprobante |
| <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas por parte del padre/madre/guardián con tutela legal:
documentación del proveedor de tratamiento o padre/madre u otro comprobante | <input type="checkbox"/> Encarcelamiento del padre/madre/guardián con tutela legal:
documentación del sistema judicial, centro de detención u otro comprobante |
| <input type="checkbox"/> Abandono por parte del padre/madre/guardián con tutela legal:
declaraciones notariadas de todas las personas con tutela legal o documentación judicial, documentación de servicios sociales u otro comprobante | <input type="checkbox"/> Asignación del padre/madre/guardián con tutela legal a servicio militar activo:
copia de órdenes militares u otro comprobante |

El nombre y el último domicilio que se conoce del padre/madre/guardián con tutela legal es:

Nombre _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Mi relación de parentesco con el niño/a es _____

Mi domicilio es _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Mis números de teléfono son _____-_____-_____, _____-_____-_____

Yo asumí el cuidado familiar no formalizado de este niño/a 24 horas al día, 7 días a la semana en fecha ____/____/____.

El nombre y la dirección de la última escuela a la que el niño/a asistió es:

Nombre de la Escuela _____ Grado Actual _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Condado en Maryland Estado Código Postal

Declaración Jurada a Montgomery County Public Schools Niños bajo Cuidado Familiar No Formalizado

Entiendo que el superintendente de escuelas local puede verificar los datos contenidos en la declaración jurada precedente y puede llevar a cabo una auditoría, basada en caso por caso, después de que el niño/a haya sido matriculado/a en la escuela pública o en el sistema escolar público del condado. Si el superintendente de escuelas local descubre fraude o tergiversación, el niño/a será dado/a de baja y retirado/a de las listas del sistema escolar público local.

Entiendo que se debe presentar una declaración jurada actualizada y documentación adicional anualmente, como mínimo dos semanas antes del inicio del ciclo escolar.

Entiendo que si ocurre algún cambio en el cuidado o en la gravedad de la adversidad familiar del niño/a, se exige que yo notifique al sistema escolar local por escrito dentro de treinta (30) días siguientes al cambio.

Entiendo también que cualquier persona que intencionalmente cometa una tergiversación material en esta declaración jurada estará sujeta a una multa que deberá pagar al condado equivalente a tres veces más proporcionalmente a la parte de la matrícula que corresponda por el tiempo que el niño/a haya asistido de manera fraudulenta a una escuela pública en el condado.

Afirmo solemnemente bajo pena de perjurio que el contenido de lo antedicho es veraz a mi leal saber y entender, información y creencia.

Acepto tomar la gama completa de decisiones educacionales para el niño/a, a menos que la corte nombre a un guardián para el niño/a o que otorgue la custodia del niño/a a una persona que no sea yo.

Nombre en letra de imprenta/molde del/de la pariente que asume el cuidado familiar no formalizado

Firma del/de la pariente que asume el cuidado familiar no formalizado

____/____/____
Fecha

School Use Only (Sólo para Uso de la Escuela): Completed and signed affidavit and residency documentation received

Name of MCPS Representative Reviewing this Form _____ Title _____

Signature, MCPS Representative _____ Date ____/____/____

MCPS Student ID # _____ MCPS school of enrollment _____