

**POWER OF ATTORNEY AND DELEGATION OF AUTHORITY BY  
PARENT CONCERNING MINOR CHILD (complete one for each child)**

**PODER LEGAL Y DELEGACIÓN DE LA AUTORIDAD POR LOS PADRES  
CON RESPECTO A EL NIÑO MENOR (complete uno por cada niño)**

This Power of Attorney is made on this/ *Este Poder Legal se hace este* \_\_\_\_\_ day of/ *día*  
*de* \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

BETWEEN/ *ENTRE*: \_\_\_\_\_  
(mother, father, guardian, or custodian – circle all that apply),  
(*madre, padre, o tutor – marque todo lo que corresponda*),

whose address is/ *cuya dirección es* \_\_\_\_\_  
and whose phone number is/ *y cuyo número de teléfono es* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND/ *Y*: \_\_\_\_\_  
(alternative caregiver, referred to here as the “Attorney-in-Fact”)  
(*cuidador alternativo, referido aquí como “Apoderado Legal”*)

whose address is/ *cuya dirección es* \_\_\_\_\_  
and whose phone number is/ *y cuyo número de teléfono es* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If only one parent is signing, or if a nonparent custodian who shares custody with a parent is signing but the parent is not, please check off reason:

*Si sólo uno de los padres está firmando, o si un custodio que no es padre que comparte la custodia con el padre está firmando pero el padre no lo está, por favor marque la razón:*

\_\_\_ Death of one parent / *Defunción de uno de los padres*

\_\_\_ Custody has been removed by a court of law/ *La custodia ha sido retirada por un tribunal de justicia*

\_\_\_ Mentally or physically unable to give consent/ *Mentalmente o físicamente incapaz de dar su consentimiento*

\_\_\_ The parent has not been involved in raising or financially supporting the child for two years or a third of the life of the child, whichever is less, immediately preceding the date of the latest signature below/ *El padre no ha participado en la crianza o el apoyo financiero del niño durante dos años o un tercio de la vida del niño, lo que sea menor, inmediatamente antes de la fecha de la última firma a continuación.*

\_\_\_ The identity or whereabouts of such parent are unknown to me/ *La identidad o el paradero de dicho padre son desconocidos para mi.*

\_\_\_ Despite diligent efforts described below, I was unable to reach such parent/A *pesar de los esfuerzos que se describen a continuación, no pude comunicarme con dicho padre.*

Diligent efforts included/Esfuerzos diligentes incluidos:

---

---

---

---

\_\_\_ Other, please explain/ *Otro, por favor explique:*

---

**I/we appoint said Attorney-in-Fact, pursuant to the provisions of N.J.S.A. 3B:12-39, and delegate to said Attorney-in-Fact the following powers concerning the care, custody and property of my/our child/minor ward**

\_\_\_\_\_ (“the child”), born on \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_.

***Yo/ nosotros designamos a dicho Apoderado Legal, conforme a las provisiones de N.J.S.A. 3B:12-39, y le delego a dicho Apoderado Legal los siguientes poderes en relación con el cuidado, la custodia y la propiedad de mi/ nuestro hijo /pupilo menor***

\_\_\_\_\_ (“el niño”), nacido el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_.

\_\_\_ **Care-Giving.** The Attorney-in-Fact shall have temporary care-giving authority for the child/minor ward, until such time as the child/ minor ward is returned to our/my physical custody, or his/her custody status is altered by a federal, state, or local agency; or changed by a court of law.

***Dar Cuidado.*** El Apoderado Legal tendrá la autoridad temporaria de dar cuidado al niño/pupilo menor, hasta que el niño/pupilo menor sea devuelto a nuestra/mi custodia física, o su estatus de custodia sea alterada por una agencia federal, estatal, o local; o cambiado por un tribunal de justicia.

\_\_\_ **Well-Being.** The Attorney-in-Fact shall have the power to provide for the child's/minor ward's physical and mental well-being, including but not limited to, providing food and shelter.

***Bienestar.** El Apoderado Legal tendrá el poder de proveer para el bienestar físico y mental del niño/pupilo menor, incluyendo pero no limitado a proporcionar comida y alojamiento.*

\_\_\_ **Education.** The Attorney-in-Fact shall have the authority to enroll the child/minor ward in the appropriate educational institutions; obtain access to his/her school records; authorize his or her participation in school activities; and make any and all decisions related to his or her education, including, but not limited to, those related to special education.

***Educación.** El Apoderado Legal tendrá la autoridad para inscribir al niño/pupilo menor en las instituciones educativas apropiadas; obtener acceso a los expedientes académicos; autorizar la participación del niño en actividades escolares; y tomar todas y cada una de las decisiones relacionadas con la educación del niño, incluyendo, pero no limitado a, aquellas relacionadas con la educación especial.*

\_\_\_ **Health Care.** The attorney in fact shall have the authority, to the same extent that a parent/custodian/guardian would have the authority, to make medical, dental, and mental health decisions; to sign documents, waivers and releases required by a hospital or physician; to access medical, dental, or mental health records concerning the child/minor ward; to authorize the child's/minor ward's admission to or discharge from any hospital or medical care facility; to consult with any provider of health care; to consent to the provision, withholding, modification or withdrawal of any health care procedure; and to make other decisions related to the child's/minor ward's health care needs.

***Cuidado de la salud.** El Apoderado Legal tendrá la autoridad, en la misma medida en que un padre tendría la autoridad, para tomar decisiones médicas, dentales y de salud mental; a firmar documentos, renunciaciones y divulgaciones requeridas por un hospital o un médico; acceder a registros médicos, dentales o de salud mental relacionados con el niño/pupilo menor; autorizar la admisión o alta hospitalaria del niño/pupilo menor de cualquier hospital o centro de atención médica; consultar con cualquier proveedor de servicios de salud; consentir a la provisión, retención, modificación o retirada de cualquier procedimiento de atención médica; y tomar otras decisiones relacionadas con las necesidades del cuidado de la salud del niño/pupilo menor.*

\_\_\_ **Travel.** The Attorney-in-Fact shall have the authority to make travel arrangements on behalf of the child/minor ward for destinations both inside and outside of the United States by air and/or ground transportation; to accompany the child/minor ward on any such trips; and to make any and all related arrangements on behalf of the child/minor ward, including, but not limited to, hotel accommodations.

**Viajar.** *El Apoderado Legal tendrá la autoridad para hacer arreglos de viaje en nombre del niño/pupilo menor para destinos tanto dentro como fuera de los Estados Unidos por medio de transporte aéreo y / o terrestre; acompañar al niño/pupilo menor en tales viajes; y para hacer todos y cada uno de los arreglos relacionados en nombre del niño/pupilo menor, incluyendo, pero no limitado a, alojamiento en un hotel.*

\_\_\_ **Financial Interests.** The Attorney-in-Fact may handle any and all financial affairs and any and all personal and legal matters concerning the child/minor ward.

**Intereses Financieros.** *El Apoderado Legal puede manejar todos y cada uno de los asuntos financieros y cualquier y todos los asuntos personales y legales con respecto al niño/pupilo menor.*

\_\_\_ **All Other Powers.** The Attorney-in-Fact shall have the authority to handle and engage in any and all other matters relating to the care, custody and property of the child/minor ward which are permitted pursuant to applicable state law.

**Todos los Otros Poderes.** *El Apoderado Legal tendrá la autoridad para manejar y ocuparse de todos y cada uno de los asuntos relacionados con el cuidado, la custodia y los bienes del niño/pupilo menor que están permitidos de acuerdo con la ley estatal aplicable.*

By this delegation, I/we provide that the Attorney-in-Fact's authority shall take effect upon the following activating event(s). Check all that apply:

*Por esta delegación, Yo/Nosotros disponemos que la autoridad del Apoderado Legal surtirá efecto sobre el/los siguiente evento(s) activador(es):*

\_\_\_The execution of this document on the latest date below; or

*La ejecución de este documento en la última fecha; o a continuación*

\_\_\_My attending physician concludes that I am incapacitated, and thus unable to care for my child/minor ward; or

*Mi médico tratante concluye que estoy incapacitado, y por lo tanto no puedo cuidar de mi hijo/pupilo menor; o*

\_\_\_My attending physician concludes that I am physically debilitated, and thus unable to care for my child/minor ward; or

*Mi médico tratante concluye que estoy discapacitado físicamente, y por lo tanto no puedo cuidar de mi hijo/pupilo menor; o*

\_\_\_ I am detained in immigration detention, removed, or deported; or  
*Estoy detenido en detención de inmigración, removido, o deportado; o*

\_\_\_ I am incarcerated based on criminal charges, including pending charges, or conviction; or  
*Estoy encarcelado por cargos criminales, incluyendo cargos pendientes, o condena; o*

\_\_\_ I am deployed in military service; or  
*Estoy desplegado en el servicio militar; o*

\_\_\_ Upon my death, if I have made no more permanent care arrangements for my minor child/minor ward; or  
*A mi muerte, si no he hecho más arreglos de cuidado permanente para mi hijo/pupilo menor; o*

\_\_\_ Other (specify reason).  
*Otro (especifique el motivo)*

In the event that the person designated above is unable or unwilling to act as Attorney in-Fact to my child/minor ward, I hereby name –  
*En el caso de que la persona designada anteriormente no pueda o no quiera actuar como Apoderado Legal para mi hijo/pupilo menor, por la presente nombro –*

---

---

(put name, address, and telephone number of alternate Attorney-in-Fact), as alternate Attorney-in-Fact of my old child/minor ward.

---

---

(*ponga el nombre, dirección, y número de teléfono del Apoderado Legal alternativo), como Apoderado Legal alternativo de mi hijo/pupilo menor.*

I/we understand that this delegation will expire one year from the execution of this document on the latest date below, and that the authority of the Attorney-in-Fact, if any, will cease, unless by that date (i) I renew this delegation, by the same process applicable to the original delegation, or ; (ii) a court of competent jurisdiction appoints a custodian, guardian, or standby guardian for the child/minor ward; or (iii) exigent circumstances

make it impossible for me to renew this delegation, and I have not made alternative care arrangements for my child/minor ward.

*Yo/nosotros entendemos que esta delegación expirará un año después de la ejecución de este documento en la última fecha a continuación, y que la autoridad del Apoderado Legal, si lo hubiera, cesará, a menos que para esa fecha (i) Renuevo esta delegación, por el mismo proceso aplicable a la delegación original, o; (ii) un tribunal de jurisdicción competente designe un custodio, tutor, o tutor en espera para el niño/pupilo menor; o (iii) circunstancias apremiantes me imposibilitan renovar esta delegación, y no he hecho arreglos alternativos de cuidado para mi hijo/pupilo menor.*

I/we hereby authorize that the Attorney-in-Fact as set forth above shall be provided with a copy of my/our attending physician's statement(s), if applicable.

*Yo/nosotros autorizamos que el Apoderado Legal como se establece anteriormente se le proporciona una copia de mi/nuestra declaración del médico tratante(s), si corresponde.*

In the event that an activating event occurs and a Power of Attorney is activated pursuant to this statement, I declare that it is my intention to retain full parental rights to the extent consistent with my condition and circumstances and, further, that **I retain the authority to revoke the Power of Attorney consistent with my rights herein at any time.**

*En el caso de que ocurra un evento activante y se active un Poder Legal de conformidad con esta declaración, declaro que es mi intención conservar todos los derechos parentales en la medida en que sea consistente con mi condición y circunstancias y, además, que **conservo la autoridad para revocar El Poder Legal consistente con mis derechos en este documento en cualquier momento.***

**Signatures of Parent(s), Guardian or Custodian/ Firma del Padre(s), Tutor, o Custodio**

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/ *Firma de Madre*

\_\_\_\_\_  
Date signed by Parent/ *Fecha firmada por Madre*

\_\_\_\_\_  
Signature of other Parent/ *Firma de Padre*

\_\_\_\_\_  
Date signed by other Parent/ *Fecha firmado por Padre*

\_\_\_\_\_  
Signature of Guardian/ *Firma de Tutor*

\_\_\_\_\_  
Date signed by Guardian/ *Fecha firmado por Tutor*

\_\_\_\_\_  
Signature of Custodian/ *Firma del Custodio*

\_\_\_\_\_  
Date signed by Custodian/ *Fecha firmada por el custodio*

**Signatures of Witnesses/ Firma de Testigos**

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness #1  
*Firma de 1<sup>er</sup> Testigo*

\_\_\_\_\_  
Date/ *Fecha*

Address of Witness #1/Dirección del Testigo #1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness #2  
*Firma de 2<sup>do</sup> Testigo*

\_\_\_\_\_  
Date/ *Fecha*

Address of Witness #2/Dirección del Testigo #2 \_\_\_\_\_

STATE OF NEW JERSEY :

SS.:

COUNTY OF \_\_\_\_\_ :

BE IT REMEMBERED, that on \_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, the subscriber, a Notary Public of the State of New Jersey, personally appeared \_\_\_\_\_, who, I am satisfied, is the person named in and who executed the foregoing Durable Power of Attorney, and he/she did acknowledge that he/she executed it as his/her voluntary act for the uses and purposes expressed therein.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

*ESTADO DE NUEVA JERSEY :*

*SS.:*

*CONDADO DE \_\_\_\_\_ :*

*QUE SE RECUERDE, que en \_\_\_\_\_, 20\_\_, ante mi, el suscriptor, un Notario Público del Estado de Nueva Jersey, personalmente compareció \_\_\_\_\_, quien, Estoy satisfecho, es la persona nombrada en y quien ejecutó el Poder Legal Duradero anterior, y él/ella reconoció que él/ella lo ejecutó como su acto voluntario para los usos y propósitos expresados en el mismo.*

\_\_\_\_\_  
*Notario Público*