



HOGAR IMMIGRANT SERVICES

**EMERGENCY PLAN PACKET /
PAQUETE PARA PLAN DE EMERGENCIA**

Important Children's Information

Keep this information so those you designate to care for your children in your absence have all of the information they need.

Child's Name	
Date of Birth	
Child's Cell Phone Number (if applicable)	
School	
School Address	
School Phone Number	
Teacher's Name	
Classroom Number	
Afterschool Program	
Afterschool Program Phone Number	
Other Camp/Sports/Program	
Other Camp/Sports/Program Phone Number	
Allergies	
Medical Conditions	
Medications	
Doctor's Phone Number	
Doctor's Address	
Health Insurance	

Emergency Numbers and Important Contact Information

Keep this information in one place so that you and your family can access it easily.

Emergency Numbers	
Immediate Emergency	911
Police Department	
Fire Department	
Poison Control	
Family Contacts	
Mother/Parent/Guardian	
Home Phone	
Cell Phone	
Work Address	
Work Phone	
Father/Parent/Guardian	
Home Phone	
Cell Phone	

Work Address	
Work Phone	
Other Emergency Contact and Relationship	
Cell Phone	
Other Emergency Contact and Relationship	
Cell Phone	
Other Emergency Contact and Relationship	
Cell Phone	

Miscellaneous Contacts	
Doctor	
Phone Number	
Health Insurance Company	
Policy Number	
Pediatrician	
Phone Number	
Health Insurance Company	
Policy Number	
Dentist	
Phone Number	
Dental Insurance Company	
Policy Number	
Car Make/Model	
License Plate Number	
Car Insurance Company	
Insurance Policy Number	
Phone Number	
Consulate	
Address	
Phone Number	
Attorney/Nonprofit Legal Services Provider	
Address	
Phone Number	

**NAMES, PHONE NUMBERS, AND EMAIL ADDRESSES OF FAMILY,
FRIENDS, AND NEIGHBORS FOR**

name of child

use back of page for additional space for answers

Adult Sisters and Brothers _____

Grandparents _____

Godparents _____

Aunts and Uncles _____

Cousins _____

Family Friends _____

Neighbors _____

Información Importante de los niños

Mantenga esta información por lo que aquellos que designe para el cuidado de sus hijos en su ausencia tengan toda la información que necesitan.

Nombre del hijo/a	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono celular de hijo/a	
Escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro	
Número del Salón de Clase	
Programa después de la escuela	
Número telefónico de programa después de la escuela	
Otros programas/deportes	
Número telefónico de los otros programas/deportes	
Alergias	
Condiciones Médicas	
Medicamentos	
Número telefónico del doctor	
Dirección del doctor	
Seguro de Salud	

Nombre del hijo/a	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono celular de hijo/a	
Escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro	
Número del Salón de Clase	
Programa después de la escuela	
Número telefónico de programa después de la escuela	
Otros programas/deportes	
Número telefónico de los otros programas/deportes	
Alergias	
Condiciones Médicas	
Medicamentos	
Número telefónico del doctor	
Dirección del doctor	
Seguro de Salud	

Nombre del hijo/a	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono celular de hijo/a	
Escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro	

Número del Salón de Clase	
Programa después de la escuela	
Número telefónico de programa después de la escuela	
Otros programas/deportes	
Número telefónico de los otros programas/deportes	
Alergias	
Condiciones Médicas	
Medicamentos	
Número telefónico del doctor	
Dirección del doctor	
Seguro de Salud	

Nombre del hijo/a	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono celular de hijo/a	
Escuela	
Dirección de la escuela	
Número de teléfono de la escuela	
Nombre del maestro	
Número del Salón de Clase	
Programa después de la escuela	
Número telefónico de programa después de la escuela	
Otros programas/deportes	
Número telefónico de los otros programas/deportes	

Alergias	
Condiciones Médicas	
Medicamentos	
Número telefónico del doctor	
Dirección del doctor	
Seguro de Salud	

Números de emergencia y Información de Contacto Importante

mantenga esta información en un solo lugar para que usted y su familia puedan acceder a ella fácilmente

Numeros de emergencia	
Emergencia inmediata	911
Departamento de Policía	
Departamento de Bomberos	
Toxicología	
Información de contactos familiares	
Madre/Guardián	
Número telefónico de las casa	
Teléfono Celular	
Dirección del trabajo	
Teléfono de trabajo	
Padre/Guardián	
Número telefónico de las casa	
Teléfono Celular	
Dirección del trabajo	
Teléfono de trabajo	
Otro Contacto de Emergencia y Relación	

Teléfono Celular	
Otro Contacto de Emergencia y Relación	
Teléfono Celular	
Otro Contacto de Emergencia y Relación	
Teléfono Celular	

Contacto a Varios	
Doctor	
Número de Teléfono	
Compañía del Seguro de Salud	
Número de Póliza	
Pediatra	
Numero de Teléfono	
Compañía del Seguro de Salud	
Numero de Póliza	
Dentista	
Numero de Teléfono	
Compañía del Seguro Dental	
Numero de Póliza	
Marca y Modelo del Carro	
Número de Placa	
Compañía del Seguro de Carro	
Numero de Póliza	
Numero de Teléfono	

Consulado	
Dirección	
Numero de Teléfono	
Abogado/a, Proveedor de Servicios Legales	
Dirección	
Numero de Teléfono	

HIPAA Privacy Authorization Form

****Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information**

(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act, C.F.R. Parts 160 and 164)**

****1. Authorization****

I authorize _____ (healthcare provider) to use and disclose the protected health information described below to _____ (Individual seeking the information).

****2. Effective Period****

This authorization for release of information covers the period of healthcare from:

a. _____ to _____

****OR****

b. all past, present, and future periods.

****3. Extent of Authorization****

a. I authorize the release of my complete health record, (including records relating to mental healthcare, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol or drug abuse).

****OR****

b. I authorize the release of my complete health record with the exception of the following information:

Mental health records

Communicable diseases (including HIV and AIDS)

Alcohol/drug abuse treatment

Other (please specify): _____

4. This medical information may be used by the person I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct.

5. This authorization shall be in force and effect until _____ (date or event), at which time this authorization expires.

6. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.

7. I understand that my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.

8. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.

Signature of patient or personal representative

Printed name of patient or personal representative and his or her relationship to patient

Date

CONSULATES/CONSULADOS

Argentina

202-238-6460

consular@embassyofargentina.us

1811 Q St. NW, WDC 20009

Bolivia

202-232-4827/4828

1825 Conn. Av. NW #200C, WDC 20009

Cameroon

202-265-8790 x 113 or 303

cs@cameroonembassyusa.org

3007 Tilden St. NW #5M, WDC 20008

Chile

202-530-4104/4106/4107

cwashington@minrel.gob.cl

1736 Mass. Av. NW, WDC 20036

China

202-337-1956

visa_us@mfa.gov.cn

2201 Wisconsin Av. NW #110, WDC 20007

Colombia

888-764-3326

cwashington@cancilleria.gov.co

1724 Mass. Av. NW, WDC 20036

Congo (Kinshasa)

202-234-7690

ambaasade@ambardcusa.org

1100 Conn. Av. NW #725, WDC 20036

Cuba

202-797-8518/8519/8520

repcion@sicuw.org

2630 16th St. NW, WDC 20009

Dominican Republic

202-332-7670

consularsdembassy@gmail.com

1715 22nd St. NW, WDC 20008

Ecuador

202-234-7200

cecuwashington@mmrta.gov.ec

2535 15th St. NW, WDC 20009

El Salvador

202-595-7500

correo@elsalvador.org

1400 16th St. NW #100, WDC 20036

703-490-4300 x 114 or 110

consuladovirginia@mra.gov.sv

14572 Potomac Mills Rd. Woodbridge, VA

Ethiopia

202-274-4540

3506 International Drive NW, WDC 20008

Egypt

202-966-6342

embassy@egyptembassy.net

3521 International Court NW, WDC 20008

Guatemala

202-745-4952

embestadosunidos@minex.gob.gt

2220 R St. NW, WDC 20008

People who have received asylum or refugee status, or who are applying for asylum, should speak to an immigration attorney before contacting their consulate.

Las personas que han recibido el estatus de asilo o refugiado, o están en trámite de pedir asilo, deben hablar con abogado de migración antes de contactar su consulado.

CONSULATES/CONSULADOS

Guinea

202-986-4300

2112 Leroy Place NW, WDC 20008

Haiti

202-332-4090

Emb.washington@diplomatie.ht

2311 Mass. Av. NW, WDC 20008

Honduras

202-525-4001

1014 M St. NW, WDC 20001

India

202-939-7000

minccns@indiagov.org

2536 Mass. Av. NW, WDC 20008

Liberia

202-723-0437

5201 16th St. NW, WDC 20011

Mexico

202-736-1000

consulmexwas@se.gov.mx

1250 23rd St. NW # 002, WDC 20037

Nicaragua

202-939-6531/6532

ozamora@cancilleria.gob.ni

1627 New Hampshire Av. NW, WDC 20009

Nigeria

202-986-8400

info@nigeriaembassyusa.org

3519 International Court NW, WDC 20008

Pakistan

202-243-6500

consularsection@embassyofpakistanusa.org

3517 International Court NW, WDC 20008

Peru

202-774-5450

consulado@comperdc.org

1225 23rd St. NW, WDC 20037

Sierra Leone

202-939-9261

info@embassyofsierraleone.net

1701 19th St. NW, WDC 20009

South Korea

202-939-5653

Consular.us@mofa.go.kr

2320 Mass. Av. NW, WDC 20008

Thailand

202-684-8493

2300 Kalorama Rd. NW, WDC 20008

Venezuela

202-627-1444

Consular.embveusa@mppro.gov.ve

1099 30th St. NW, WDC 20007

Vietnam

202-861-0737

info@vietnamembassy.us

1233 20th St. NW #400, WDC 20036

People who have received asylum or refugee status, or who are applying for asylum, should speak to an immigration attorney before contacting their consulate.

Las personas que han recibido el estatus de asilo o refugiado, o están en trámite de pedir asilo, deben hablar con abogado de migración antes de contactar su consulado.

¡Protéjase contra el Fraude de Asesores de Inmigración!

Contrate solo abogados colegiados o representantes acreditados por la "Junta de Apelaciones de Inmigración (BIA, por sus siglas en inglés) para que le den consejo sobre inmigración y siga estas precauciones básicas:

- ➔ Pregunte cuánto va a costar la consulta.
- ➔ Compruebe que el abogado o representante acreditado reúne los requisitos legales para representarlo a usted.
- ➔ Pregunte cómo es el proceso, cuánto tiempo llevará y cuales son los riesgos.
- ➔ Pregunte cómo se harían los pagos. Una cuota mensual de mantenimiento es una indicación de fraude de inmigración.
- ➔ Exija un contrato de representación por escrito y revíselo cuidadosamente.
- ➔ Pida un recibo siempre que haga un pago.
- ➔ Reciba copia de todos los documentos preparados o presentados en su nombre.
- ➔ NO firme documentos en blanco o sin rellenar.
- ➔ NO firme documentos que usted no haya comprendido.
- ➔ NO firme documentos que contengan declaraciones falsas o información incorrecta.
- ➔ Denuncie toda actividad ilegal como pudiera ser el ejercer la abogacía sin autorización al "Virginia State Bar's Unauthorized Practice of Law Committee":

Ethics Department
Virginia State Bar
707 East Main Street, Suite 1500
Richmond, Virginia 23219
(804) 775-0557



PROOF OF 2 YEAR RESIDENCY

(Pruebas de Residencia de 2 años)

The following is a list of examples/suggestions of types of documents you can use to prove your residency in the US for the past 2 years. (Esta lista es de ejemplos/sugerencias de documentos que puede usted utilizar para comprobar su residencia dentro de los E.E.U.U. por los últimos 2 años)

NAME/NOMBRE: _____

Has compiled the following documents as evidence of their continued residency in the U.S. for the past two years:

- Copies of tax filings for past 2 years (copias de impuestos por los últimos 2 años)
- Copies of lease/mortgage/rental documents (copias de contratos de casa/apartamento)
- Copies of insurance documents (copias de pólizas de seguros)
- Copies of bank statements or pay stubs (copias de comprobantes de pago o comprobantes de cuentas bancarias)
- Copies of children's school enrollment documents (copias de documentos escolares de los niños)
- Copies of household bills (copias de facturas de casa)
- Copies of birth certificates for U.S. born children (copias de actas de nacimiento de niños nacidos en los E.E.U.U.)

Other documentation (otros documentos)

INSTRUCTIONS:
**Agent's Certification as to the Validity of Power of
Attorney and Agent's Authority**

The Agent's Certification as to the Validity of Power of Attorney and Agent's Authority is a legal document that helps an Agent to exercise his/her authority under a Power of Attorney. The form, when properly completed, fulfills the requirements of Virginia Code § 64.2-1617(C)(1).

IMPORTANT:

1. **Do not complete this certification now.**
2. **You, the Principal, should not complete this certification form. Only the Agent should complete the form.**
3. **You, the Principal, should deliver the blank certification form, together with the Power of Attorney documents, to your Agent.**
4. **The Agent should complete the certification form only after the Power of Attorney becomes active – after one of the triggering events has occurred.**
5. **If you named an alternate Agent, he/she should complete the certification form only if the first Agent named is not capable or willing to assume the role of Agent.**
6. **After one of the triggering Events has occurred, making the Power of Attorney active, the Agent should complete the certificate form and have it notarized by a licensed notary public.**
7. **Whenever the Agent needs to exercise his/her authority under the Power of Attorney, he/she should show the completed certification form, together with the Power of Attorney forms.**

**AGENT'S CERTIFICATION AS TO THE VALIDITY OF
POWER OF ATTORNEY AND AGENT'S AUTHORITY**

I, _____, certify under penalty of perjury that
(Name of Agent)
_____ granted me authority as an agent or
(Name of Principal)
successor agent in a power of attorney dated _____.

I further certify that to my knowledge:

- (1) The Principal is alive and has not revoked the power of attorney or my authority to act under the power of attorney and the power of attorney and my authority to act under the power of attorney have not terminated;
- (2) If the power of attorney was drafted to become effective upon the happening of an event or contingency, the event or contingency has occurred; and
- (3) If I was named as a successor agent, the prior agent is no longer able or willing to serve.

SIGNATURE AND ACKNOWLEDGMENT

Agent's Signature: _____ Date: _____

Agent's Address: _____

Agent's Telephone Number: _____

State of _____

County/City of _____

This document was signed or acknowledged before me on _____
(Date)

by _____
(Name of Agent)

Notary Public

My Commission Expires: _____

My Registration No. Is: _____

INSTRUCCIONES: Certificación Jurada del Apoderado

(Agent's Certification as to the Validity of Power of Attorney and Agent's Authority)

La Certificación del Apoderado en cuanto a la Validez del Poder Legal y la Autoridad del Apoderado es un documento legal que ayudará al Apoderado a ejercer la autoridad concedida en el Poder Legal. La forma, cuando es completada de manera correcta, cumple los requisitos del Código de Virginia § 64.2-1617(C)(1).

IMPORTANTE:

1. **No complete la forma de la certificación ahora.**
2. **Usted, el Poderdante, no debe llenar la certificación. Solamente su Apoderado debe completarla.**
3. **Usted, el Poderdante, debe entregar una copia en blanco de la certificación, junto con los documentos del Poder Legal, a su Apoderado.**
4. **El Apoderado debe completar la forma solamente después de que el Poder Legal se active – Después de que haya ocurrido cualquiera de los hechos que dan lugar a la representación y en consecuencia a realizar la declaración jurada bajo el Poder Legal conferido.**
5. **Si ha nombrado un Apoderado alternativo, él o ella deberá completar la forma solo si el primer Apoderado no está en capacidad y/o disponible para representarlo.**
6. **Después de que haya ocurrido uno de los eventos que activan el Poder Legal, el Apoderado debe completar la forma y notarla ante un notario público con licencia del Estado.**
7. **Siempre que el Apoderado necesite ejercer la autoridad concedida por el Poder Legal, debe mostrar el formato de la certificación, junto con los documentos del Poder Legal.**

**CERTIFICACION DEL APODERADO EN CUANTO A LA VALIDEZ
DEL PODER LEGAL Y LA AUTORIDAD DEL APODERADO**

Yo, _____, certifico bajo pena de perjurio que
(Nombre del Apoderado)

_____ me concedió autoridad como Agente o
(Nombre del Principal)
Apoderado Alterno en un Poder Legal con fecha de _____

Además certifico que a mi conocimiento:

- 1) El Principal está vivo y no ha revocado el poder legal o mi autoridad para actuar bajo el poder legal y el poder legal y mi autoridad para actuar bajo el poder legal no han terminado;
- 2) Si el poder legal fue redactado para ser efectivo en caso de un evento o contingencia, el evento o contingencia ha ocurrido;
- 3) Si fui nombrado como un agente alterno, el agente anterior ya no puede o no quiere servir.

FIRMA Y RECONOCIMIENTO:

Firma del Apoderado: _____ Fecha: _____

Dirección del Apoderado: _____

Número de Teléfono del Apoderado: _____

Estado de _____

Condado/Ciudad de _____

Este documento fue firmado o jurado ante mí el _____
(Fecha)

por _____
(Nombre del Apoderado)

Notario Público

Mi comisión expira el: _____

Mi número de registro es: _____

INSTRUCCIONES:
Revocación de la Autoridad del Apoderado
(Revocation of Agent's Authority under Power of Attorney)

El Poder Legal termina automáticamente cuando el Poderdante o el Apoderado fallece. También puede revocar la autoridad de su Apoderado en cualquier momento, antes o después de que la autoridad se active en uno de los eventos identificados en el Poder. Se puede usar la forma "*Revocation of Agent's Authority under Power of Attorney*" (Revocación de la Autoridad del Apoderado bajo el Poder Legal) para revocar la autoridad del Apoderado.

IMPORTANTE:

1. **No complete la forma ahora. Complétela sólo cuando esté listo para revocar la autoridad de un Apoderado.**
2. **Al momento apropiado, llene y firme la forma.**
 - En la primera línea, escriba el nombre completo del Poderdante.
 - En la segunda línea, escriba el nombre completo del Apoderado a quién se le revoca la autoridad.
 - En la tercera línea, escriba la fecha cuando usted ejecutó (firmó y fechó) el Poder Legal y el lugar donde lo ejecutó.
 - Debajo del párrafo principal, firme y ponga la fecha actual.
 - El notario público usará las líneas debajo de su firma.
3. **Notarize la forma ante un notario público con licencia del Estado.**
4. **Después de completar la forma, entregue o envíe copias al Apoderado y a cualquier otra persona u organización con la cual el apoderado había usado o podría intentar a usar la autoridad del poder.**
 - Por ejemplo, si el poder había dado al apoderado autoridad sobre sus cuentas bancarias, entregue o envíe copias de la revocación al banco, pidiendo un recibo como prueba de la fecha cuando el banco la recibió. Si el poder había dado al Apoderado custodia temporal de sus hijos, entregue o envíe copias de la revocación a las escuelas, las clínicas y médicos, sus trabajadoras sociales, etc.
5. **Guarde en sus archivos el original de la revocación. Mantenga también un registro de las copias que ha entregado o enviado.**

REVOCATION OF AGENT'S AUTHORITY
UNDER POWER OF ATTORNEY

I, _____, hereby revoke the authority granted
(Name of Principal)
to _____ as an agent or successor agent in the
(Name of Agent)
power of attorney dated _____.

Principal's Signature: _____ Date: _____

State of _____

County/City of _____

This document was signed or acknowledged before me on _____,
(Date)

by _____
(Name of Principal)

Notary Public

My Commission Expires: _____

My Registration No. Is: _____

REVOCAION DE LA AUTORIDAD DEL AGENTE
BAJO EL PODER LEGAL

Yo, _____, por la presente revoco la autoridad
(Nombre del Principal)
concedida a _____ como agente o agente alterno en el
(Nombre del Agente)
Poder Legal con fecha de _____

Firma del Principal: _____ Fecha: _____

Estado de _____
Condado/Ciudad de _____

Este documento fue firmado y jurado ante mí el _____
(Fecha)

por _____
(Nombre del Principal)

Notario Público

Mi comisión expira el: _____

Mi número de registro es: _____

SPECIAL POWER OF ATTORNEY – CHILDREN

PODER LEGAL ESPECIAL – NIÑOS

I, _____
(Full and Complete Name of Principal)

hereby appoint _____
(Full and Complete Name of Agent)

(herein referred to as "Agent") address _____
(Address of Agent)

to serve as my Agent under this Limited Power of Attorney.

I also hereby appoint _____
(Full and Complete Name of Alternate Agent)

_____, (herein referred to as "Alternate")
address _____
(Address of Alternate Agent)

to serve as my successor agent if Agent predeceases me, resigns this power, or becomes unable to serve hereunder. If Agent is unable to serve hereunder for any reason, all references herein to Agent shall refer to Alternate, and Alternate shall be authorized to serve as my agent hereunder.

In the absence of actual knowledge to the contrary, any person or entity shall be entitled to rely conclusively upon the affidavit of Alternate setting forth that Agent is unable, unwilling, or unavailable to serve or continue in service as my agent, and such affidavit shall be sufficient for all purposes to authorize Alternate to act as my agent under this instrument.

I intend to create a Limited Power of Attorney with this instrument.

Yo [Nombre Completo del Poderdante] a través de este documento designo a [Nombre Completo del Apoderado] (en lo sucesivo denominado como "Apoderado") con dirección en [Dirección del Apoderado] para servir como mi Apoderado bajo este Poder Legal Especial.

Yo, igualmente, a través de este documento designo a [Nombre Completo del Apoderado Alterno] (en lo sucesivo denominado como "Alterno") con dirección en [Dirección del Apoderado Alterno] para servir como mi apoderado sucesor si mi Apoderado muere antes que yo, renuncia a este poder o se vuelve incapaz de servir en virtud del presente. Si el Apoderado no puede servir por cualquier razón, todas las referencias aquí mencionadas al Apoderado se referirán al Apoderado Alterno y el Apoderado Alterno estará autorizado para servir como mi apoderado de aquí en adelante.

En ausencia de conocimiento real de lo contrario, cualquier persona o entidad tendrá derecho a confiar de manera concluyente en la declaración jurada del Apoderado Alterno estableciendo que el Apoderado no puede, no quiere o no está disponible para servir o continuar en servicio como mi apoderado y dicha declaración jurada deberá ser suficiente para todos los propósitos para autorizar al Apoderado Alterno para actuar como mi apoderado bajo este instrumento.

Yo tengo la intención de crear un Poder Legal Limitado con este instrumento.

This power shall commence in the event of any of the following occurrences (mark your initials next to each occurrence that will trigger this power):

- Deportation of Principal.
- Detention of Principal by government authorities for immigration enforcement purposes.
- Detention of Principal by government authorities for any civil or criminal purpose.
- Medical or mental incapacitation of Principal.
- Other (specify): _____
- _____
- _____

Este poder comenzará en evento de que ocurra cualquiera de los siguientes hechos (Coloque sus iniciales al lado de cada hecho que activará este poder):

- Deportación del Principal.*
- Detención del Poderdante por autoridades del gobierno por razones migratorias.*
- Detención del Poderdante por autoridades del gobierno por una razón civil o criminal.*
- Incapacidad médica o mental del Poderdante.*
- Otro (especifique):*

Pursuant to Va. Code Ann. § 26-90, any person to whom this writing is presented is entitled to rely upon this Special Power of Attorney, acknowledged by an affidavit executed by the Agent specified above that one of these events has occurred or such condition exists.

De acuerdo con la anotación al Código de Virginia § 26-90, cualquier persona a quien se le presente esta escritura tiene derecho a confiar en este Poder Legal Limitado, reconocido por una declaración jurada ejecutada por el Apoderado especificado anteriormente que uno de estos eventos ha ocurrido o tal condición existe.

This Power of Attorney confers the legal powers listed below in relation to my children here identified:

Este Poder Legal otorga las siguientes facultades legales en relación con mis hijos aquí identificados:

(Full and Complete Name of Child)	(Child's Date of Birth)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*[Nombre Completo del Hijo/Hija]
[Fecha de Nacimiento del Hijo/Hija]*

I hereby confer upon my agent full and complete authority to exercise the following powers on my behalf. (Mark your initials on the line next to each applicable power.)

Por la presente doy a mi apoderado plena y completa autoridad para ejercer los siguientes poderes en mi nombre. (Marque con sus iniciales al lado de cada poder que aplique a su caso.)

_____ To take temporary custody of the above-named children until such time as I request the return of full custody to me. This is done without prejudice to my legal rights.

Asumir custodia temporal de los niños, nombrados anteriormente, hasta tal tiempo que yo solicite el regreso de custodia completa a mí. Esto se hace sin perjuicio a mis derechos legales.

_____ To authorize and make travel arrangements on behalf of my children by air and/or ground transportation; to accompany my children on any such trips; and to make any and all related arrangements on behalf of my children including, but not limited to, hotel accommodations.

Autorizar y hacer planes de viajes por avión y/o en transporte terrestre en nombre de mis hijos; para acompañar a mis hijos en cualquiera de dichos viajes; y para hacer cualquier y todos los arreglos en nombre de mis hijos, incluyendo, pero no limitando a hospedaje en hoteles.

_____ To make all educational decisions and take all educational actions on behalf of my children, including, but not limited to:

Tomar todas las decisiones educacionales y tomar todas las acciones educacionales en nombre de mis hijos, incluyendo pero no limitando a:

- Enrolling my children in school.
- Making special education decisions for my children.
- Giving consent for field trips and other school matters.
- Deciding who may pick up my children from school.
- Paying school fees authorized by state law and local school board policies.
- Obtaining all educational records regarding my children.
- Making all medical, mental health, and dental decisions required by a school on behalf of my children.
- Obtaining all medical, mental health, and dental records regarding my children.
- Providing all information and cooperation needed by a school to educate my children.

- *Matricular a mis hijos en la escuela.*
- *Tomar decisiones especiales de educación por mis hijos*
- *Dar consentimiento para viajes de excursión y otros asuntos escolares.*
- *Decidir quién puede recoger a mis hijos de la escuela.*
- *Pagar gastos escolares autorizados por ley estatal y políticas de la junta de la escuela local.*
- *Obtener todos los documentos escolares relacionados con mis hijos*
- *Tomar todas las decisiones médicas, salud mental y dental, requeridas por la escuela en nombre de mis hijos.*

- Acting on behalf of my children in any school disciplinary matter.

- *Obtener todos los documentos médicos, de salud mental y dental, en relación a mis hijos.*
- *Proveer toda la información y cooperar, si es necesario, con la escuela para educar a mis hijos*
- *Actuar en nombre de mis hijos en cualquier asunto disciplinario en la escuela.*

To act on my behalf, in loco parentis, with respect to making medical treatment decisions for my children (Va. Code § 54.1-2969(A)(6)), including but not limited to the following:

Actuar en mi nombre, "en el lugar de un padre" con respecto a tomar decisiones sobre tratamiento médico para mis hijos, (Va. Code § 54.1-2969(A)(6)), incluyendo, pero no limitando a:

- Determining and consenting to the medical treatment of my children.
 - Requesting, receiving, inspecting and disclosing any information and medical and hospital records relating to the physical and mental health of my children as their personal representative, including any and all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and all other application statutory provisions and common law.
 - Signing documents, waivers and releases required by a hospital or physician.
 - Authorizing my children's admission to or discharge from any hospital or other medical care facility (including transfer to another facility).
 - Consulting with any provider of health care regarding my children.
 - Making any and all other decisions related to my children's health care needs.
- *Determinar y dar consentimiento para el tratamiento médico de mis hijos.*
 - *Pedir, recibir, revisar y divulgar cualquier información y documentos médicos y de hospital relacionadas a la salud física y mental de mis hijos como su representante personal, incluyendo cualquier y toda la información sujeta a la Ley "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" y todas las otras aplicaciones provisionales y reglamentarias de ley común.*
 - *Firmar documentos, exenciones y autorizaciones requeridas por un hospital o médico.*
 - *Autorizar la admisión o salida de mis hijos de cualquier hospital u otra entidad de cuidado de salud (incluyendo transferencia a otro establecimiento).*
 - *Consultar con cualquier proveedor de servicio a la salud en cuanto a mis hijos.*
 - *Tomar cualquier y todas las otras decisiones relacionadas a las necesidades de cuidado de salud de mis hijos.*

_____ To enroll and manage the participation of my children in Medicaid and other programs and services for their benefit.

Para inscribir y administrar la participación de mis hijos en Medicaid y otros programas y servicios para su beneficio.

_____ To do, take, and perform all acts required for my children as I might or could do if personally present and not under disability.

Hacer, tomar y efectuar todas las acciones requeridas por mis hijos como si yo pudiera o fuera posible para mí estar personalmente presente y no bajo ninguna discapacidad.

_____ Other (specify): _____

Otro (especificar)

I, _____, sign my
(Full and Complete Name of Principal)

name to this Power of Attorney on _____,
(Date)

and being first duly sworn, do declare to the undersigned authority that I sign and execute this instrument as my Power of Attorney and that I sign it willingly, or willingly direct another to sign for me, that I execute it as my free and voluntary act for the purposes expressed in the Power of Attorney and that I am eighteen years of age or older, of sound mind, and under no constraint or undue influence.

Yo, [Nombre Completo de Principal], firmo mi nombre a este Poder de Abogado en [Fecha], y primero siendo debidamente jurado, declaro a la autoridad abajo firmante que yo firmo y ejecuto este instrumento como mi Poder de Abogado y que yo lo firmo por propia voluntad, o voluntariamente dirijo que otro lo firme por mí, que yo lo ejecuto como mi acto libre y voluntario para los propósitos expresados en el Poder de Abogado y que yo soy mayor de dieciocho años de edad, siendo de sano juicio y bajo ninguna restricción o influencia inapropiada.

(Signature of Principal)

[Firma del Principal]

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
[CITY] [COUNTY] OF _____, to wit:

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
[CIUDAD] [CONDADO] DE [nombre
de la ciudad o del condado], da a
saber:

The foregoing Limited Power of Attorney consisting of six pages,
this page included, was sworn before me this _____
(Date)

El Poder Legal Limitado anterior que
consta de seis páginas, incluyendo esta
página, fue jurado ante mí el [fecha],
por [Nombre del Principal].

by _____
(Name of Principal)

Notario Público:
Mi comisión expira el:
Mi número de registro es:

Notary Public: _____

My Commission Expires: _____

My Registration No. is: _____

LIMITED POWER OF ATTORNEY - PROPERTY

PODER LEGAL LIMITADO - PROPIEDAD

I, _____
(Full and Complete Name of Principal)

Yo [Nombre Completo del Poderdante] a través de este documento designo a [Nombre Completo del Apoderado] (en lo sucesivo denominado como "Apoderado") con dirección en [Dirección del Apoderado] para servir como mi Apoderado bajo este Poder Legal Limitado.

hereby appoint _____
(Full and Complete Name of Agent)

(herein referred to as "Agent") address _____
(Address of Agent)

to serve as my Agent under this Limited Power of Attorney.

Yo, igualmente, a través de este documento designo a [Nombre Completo del Apoderado Alterno] (en lo sucesivo denominado como "Alterno") con dirección en [Dirección del Apoderado Alterno] para servir como mi apoderado sucesor si mi Apoderado muere antes que yo, renuncia a este poder o se vuelve incapaz de servir en virtud del presente. Si el Apoderado no puede servir por cualquier razón, todas las referencias aquí mencionadas al Apoderado se referirán al Apoderado Alterno y el Apoderado Alterno estará autorizado para servir como mi apoderado de aquí en adelante.

I also hereby appoint _____
(Full and Complete Name of Alternate Agent)

_____, (herein referred to as "Alternate")
address _____
(Address of Alternate Agent)

to serve as my successor agent if Agent predeceases me, resigns this power, or becomes unable to serve hereunder. If Agent is unable to serve hereunder for any reason, all references herein to Agent shall refer to Alternate, and Alternate shall be authorized to serve as my agent hereunder.

En ausencia de conocimiento real de lo contrario, cualquier persona o entidad tendrá derecho a confiar de manera concluyente en la declaración jurada del Apoderado Alterno estableciendo que el Apoderado no puede, no quiere o no está disponible para servir o continuar en servicio como mi apoderado y dicha declaración jurada deberá ser suficiente para todos los propósitos para autorizar al Apoderado Alterno para actuar como mi apoderado bajo este instrumento.

In the absence of actual knowledge to the contrary, any person or entity shall be entitled to rely conclusively upon the affidavit of Alternate setting forth that Agent is unable, unwilling, or unavailable to serve or continue in service as my agent, and such affidavit shall be sufficient for all purposes to authorize Alternate to act as my agent under this instrument.

I intend to create a Limited Power of Attorney with this instrument.

Yo tengo la intención de crear un Poder Legal Limitado con este instrumento.

This power shall commence in the event of any of the following occurrences (mark your initials next to each occurrence that will trigger this power):

- _____ Deportation of Principal.
- _____ Detention of Principal by government authorities for immigration enforcement purposes.
- _____ Detention of Principal by government authorities for any civil or criminal purpose.
- _____ Medical or mental incapacitation of Principal.
- _____ Other (specify): _____
- _____
- _____

Este poder comenzará en evento de que ocurra cualquiera de los siguientes hechos (Coloque sus iniciales al lado de cada hecho que activará este poder):

- _____ *Deportación del Principal.*
- _____ *Detención del Poderdante por autoridades del gobierno por razones migratorias.*
- _____ *Detención del Poderdante por autoridades del gobierno por una razón civil o criminal.*
- _____ *Incapacidad médica o mental del Poderdante.*
- _____ *Otro (especifique):*

Pursuant to Va. Code Ann. § 26-90, any person to whom this writing is presented is entitled to rely upon this Special Power of Attorney, acknowledged by an affidavit executed by the Agent specified above that one of these events has occurred or such condition exists.

De acuerdo con la anotación al Código de Virginia § 26-90, cualquier persona a quien se le presente esta escritura tiene derecho a confiar en este Poder Legal Limitado, reconocido por una declaración jurada ejecutada por el Apoderado especificada anteriormente que uno de estos eventos ha ocurrido o tal condición existe.

_____ Sell or rent my home, located at _____
 (Address)

proceeds to be deposited in my bank account at _____
 (Name of Bank)

account number: _____

Vender o rentar mi casa, ubicada en [Dirección]. Productos de la venta a ser depositados en mi cuenta bancaria en [Nombre del Banco] cuenta número:

_____ Gain access to my house or apartment located at _____
(Address)
remove my personal property from it, and negotiate an end
to my lease.

Tener acceso a mi casa o apartamento localizado en [Dirección], sacar mis pertenencias personales de la misma y negociar una terminación para mi contrato de arrendamiento.

_____ Make deposits to and withdrawals from my bank account
located at _____
(Name of Bank)
account number: _____

Hacer depósitos en y retiros de la cuenta bancaria existente en [Nombre del Banco], cuenta número:

_____ Sell my car(s) or vehicle(s), including but not limited to:
Make, model, and year: _____
Vehicle Identification Number (VIN): _____

*Vender mi carro(s) o vehículo(s), incluyendo, pero no limitado a:
Marca, modelo y año:
Número de Identificación del Vehículo (VIN):*

_____ Other (specify): _____

Otro (especificar):



I, _____, sign my
(Full and Complete Name of Principal)
name to this Power of Attorney on _____,
(Date)
and being first duly sworn, do declare to the undersigned authority that
I sign and execute this instrument as my Power of Attorney and that I
sign it willingly, or willingly direct another to sign for me, that I
execute it as my free and voluntary act for the purposes expressed in the
Power of Attorney and that I am eighteen years of age or older, of
sound mind, and under no constraint or undue influence.

(Signature of Principal)

*Yo, [Nombre Completo de Principal],
firmo mi nombre a este Poder de
Abogado en [Fecha], y primero siendo
debidamente jurado, declaro a la
autoridad abajo firmante que yo firmo
y ejecuto este instrumento como mi
Poder de Abogado y que yo lo firmo
por propia voluntad, o voluntariamente
dirijo que otro lo firme por mí, que yo
lo ejecuto como mi acto libre y
voluntario para los propósitos
expresados en el Poder de Abogado y
que yo soy mayor de dieciocho años de
edad, siendo de sano juicio y bajo
ninguna restricción o influencia
inapropiada.
[Firma del Principal]*

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
[CITY] [COUNTY] OF _____, to wit:

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
[CIUDAD] [CONDADO] DE [nombre
de la ciudad o del condado], da a
saber:

The foregoing Limited Power of Attorney consisting of four pages,
this page included, was sworn before me this _____,
(Date)

El Poder Legal Limitado anterior que
consta de cuatro páginas, incluyendo
esta página, fue jurado ante mí el
[fecha], por [Nombre del Principal].

by _____
(Name of Principal)

Notario Público:
Mi comisión expira el:
Mi número de registro es:

Notary Public: _____

My Commission Expires: _____

My Registration No. is: _____

TRAVEL CONSENT

To Whom It May Concern:

I/We, _____

(Full Name(s) of Custodial and/or Non-Custodial Parent(s)/Legal Guardian(s))

am/are the lawful custodial parent and/or non-custodial parent(s) or legal guardian(s) of:

Child's full name: _____

Date of Birth: _____

Place of Birth: _____

Country of Passport & Number: _____

Date and Place of Issuance of Passport (city, state/ province) : _____

_____(Child's Full Name) has my/our consent to travel with:

Full name of accompanying person: _____

U.S. or foreign passport number: _____

Date and Place of Issuance of this passport: _____

to travel to _____ during the period of

_____. During that period, _____ (Child's Name)

will be residing with _____ at the following

address:

Number/street address and apartment number: _____

City, State/Province, Country: _____

Telephone and fax numbers (work, cell phone and residence) _____

Parent(s) or Legal Guardian(s):

Full Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Full Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Witnesses:

Signed before me, _____

this _____ (Date)

at _____ (Name of Location)

Signed before me, _____

this _____ (Date)

at _____ (Name of Location)