

## **ALABAMA PODER NOTARIAL PARA MENOR(ES)**

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Este poder notarial autoriza a otra persona (su agente) a tomar decisiones sobre su(s) hijo(s) por usted (el principal). Su agente voluntariamente será capaz de tomar decisiones y tomar acción con respecto a su hijo(s).

Esta forma se proporciona para la designación de un agente. Si usted desea nombrar a mas de un agente usted puede nombrar un co-agente en las Instrucciones Especiales. Los coagentes no están obligados a actuar juntos a menos que se incluya ese requisito en las Instrucciones Especiales.

Si su agente es incapaz o está reacio a actuar por usted, voluntariamente su poder notarial caducará al menos que usted haya nombrado a un agente sucesor. También puede nombrar a un segundo agente sucesor.

**Si usted tiene preguntas acerca del poder notarial o la autoridad que usted concede a su agente debe buscar asesoramiento legal antes de firmar este documento.**

## DESIGNACIÓN DE AGENTE

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre Principal], soy el ☐ padre/madre ☐ guardián de

\_\_\_\_\_  
[Nombre(s) del menor (es)]. Yo resido en \_\_\_\_\_ [Dirección].

Designo a \_\_\_\_\_, ☐ quien es el [\_\_\_\_\_] Relación con el menor(es)], quien reside en \_\_\_\_\_ [Dirección], como mi agente (apoderado) para el menor(es) que se enumeran a continuación:

- ☐ \_\_\_\_\_ [Nombre del menor], \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ [Fecha de nacimiento]
- ☐ \_\_\_\_\_ [Nombre del menor], \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ [Fecha de nacimiento]
- ☐ \_\_\_\_\_ [Nombre del menor], \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ [Fecha de nacimiento]
- ☐ \_\_\_\_\_ [Nombre del menor], \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ [Fecha de nacimiento]
- ☐ \_\_\_\_\_ [Nombre del menor], \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ [Fecha de nacimiento]

( ☐ Si mi agente es incapaz o está reacio a actuar por mí, yo designo a \_\_\_\_\_ (nombre) \_de \_\_\_\_\_ [Dirección] como mi agente sucesor.)

## CONCESIÓN DE AUTORIDAD

Yo concedo a mi agente y a cualquier agente sucesor el poder y autoridad de actuar y hacer decisiones en relación con el menor(es) antes mencionado(s), respecto de los siguientes temas: (Marque todas las que correspondan):

- ☐ Inscribir a mi niño(s) en la escuela y permitirle a participar en otra escuela o actividades extracurriculares.
- ☐ Tener acceso a los archivos escolares del menor(es).
- ☐ Hacer cualquier decisión por mí para la educación del menor(es).
- ☐ Tener acceso a los archivos médicos del menor(es).
- ☐ Tomar decisiones para seguros médicos, tratamientos y hacer cualquier decisión médica, dental, o de salud mental para el cuidado del menor(es).
- ☐ Proporcionar el cuidado diario que incluye alimento, alojamiento, refugio, recreación, y transporte para el menor (es) por mí.
- ☐ Viajar con el menor (es) a nivel nacional.
- ☐ Viajar con el menor (es) internacionalmente (☐ a \_\_\_\_\_ [Nombre del país] de \_\_\_\_\_ [inicio fecha de viaje] a \_\_\_\_\_ [fecha regreso de viaje]).
- ☐ Ejecutar cualquier documento necesario o adecuado para las necesidades del menor (es).
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

### LIMITACIÓN DE AUTORIDAD DEL AGENTE

Lo siguiente serán excluidos del poder notarial y autoridad otorgada a mi agente:

- ☐ Consentir a el casamiento o adopción del menor(es).
- ☐ Administrar, transferir o vender bienes raíces, o propiedad personal por el menor(es)
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES ESPECIALES (OPCIONAL)

Dar instrucciones especiales en la siguientes líneas:

---

---

### FECHA DE VIGENCIA

Este poder notarial es eficaz: ☐ inmediatamente ☐ el \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

### TERMINACIÓN

Este poder notarial deber terminar: (escoger uno)

- ☐ 12 meses del día eficaz por un máximo de 12 meses.
- ☐ Por \_\_\_\_\_ meses a partir de esta fecha \_\_\_\_.
- ☐ En esta fecha específica. El día \_\_\_\_ de \_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

(Escoger uno)

☐ Poder Notarial Permanente. Este poder notarial no debe ser afectado por una discapacidad posterior o incapacidad, o por el transcurso del tiempo.

☐ Poder Notarial Regular. Este poder notarial deber terminar si yo revoco el poder notarial o estoy incapacitado.

En resumen, este poder notarial deber terminar en cualquier momento por revocación del poder notarial que yo ejecuté.

## VALIDEZ EN ESTE PODER NOTARIAL

Cualquier persona, incluido mi agente, puede confiar en la validez de este poder notarial o a su copia a menos que esa persona tenga conocimiento que el poder notarial ha finalizado o es inválido.

### FIRMA

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o tutor

Nombre escrito: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### SUSCRITO NOTARIO ESTADO DE ALABAMA

Condado de \_\_\_\_\_

Este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_,  
compareció personalmente ante mí, quien es  
personalmente conocido por mí o quien me demostró  
con base en evidencia satisfactoria ser la persona  
cuyo nombre está suscrito en este instrumento y  
reconoció ante mí que él/ella ejecutó el mismo y que  
con su firma en este instrumento la persona ejecutó  
este instrumento.

\_\_\_\_\_ [SELLO]

Firma de Notario

Mi comisión vence: \_\_\_\_\_