

Tự Nhận Thừa Nhận Quan Hệ Huyết Thống (VAP)

Vui lòng gõ hoặc in rõ ràng. Đọc toàn bộ thông tin trước khi ký. Ký trước mặt nhân chứng và đảm bảo rằng nhân chứng ký cả hai khoảng trống phía sau mẫu này.

Trẻ	1. Tên của trẻ (tên, tên đệm, họ, tên hậu tố)		2. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
	3. Nơi sinh của trẻ	Thành phố/thị trấn	Quận	Tiểu bang
Sinh Phụ Huynh	4. Tên pháp lý hiện tại (tên, tên đệm, họ, tên hậu tố)		5. Số An Sinh Xã Hội	
	6. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	7. Nơi sinh (tiểu bang, lãnh thổ hoặc quốc gia khác)		
	8. Địa chỉ gửi thư (đường và số nhà, thành phố/thị trấn, tiểu bang, mã bưu chính)			
Phụ Huynh	9. Tên pháp lý hiện tại (tên, tên đệm, họ, tên hậu tố)		10. Số An Sinh Xã Hội	
	11. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	12. Nơi sinh (tiểu bang, lãnh thổ hoặc quốc gia khác)		
	13. Địa chỉ gửi thư (đường và số nhà, thành phố/thị trấn, tiểu bang, mã bưu chính)			

Thông Tin Về Bất Kỳ Phụ Huynh Nào Khác

Đứa trẻ này có phụ huynh khác/phụ huynh theo luật ngoài hai cái tên được ở trên mẫu này không? Có Không

Nếu có, ghi tên phụ huynh khác đó xuống dưới và giải thích tình hình.

* Nếu ai đó được pháp luật thừa nhận là phụ huynh của đứa trẻ, họ phải nộp đơn Từ Chối ở Quan Hệ Huyết Thống s/parentage/definitionsmethesame quý vị nộp VAP. Xem

Vital Records Office Use Only (English): Date received (English): _____

Tên đầy đủ của trẻ (tên, tên đệm, họ, tên hậu tố)

Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Tuyên Bố Tự nguyện Thừa Nhận

Cả bố và mẹ **PHẢI** ký bằng chữ cái đầu tiên của mình vào mỗi tuyên bố dưới đây.

Tên viết tắt của phụ huynh	Tên viết tắt của phụ huynh	TÔI HIỂU RẰNG:
		Chúng tôi có quyền trao đổi với luật sư (của riêng mình hoặc của hai người) trước khi ký.
		Khi đã ký, chúng tôi sẽ có trách nhiệm hỗ trợ tài chính cho đứa trẻ này theo pháp luật.
		Một khi chúng tôi cùng thừa nhận quyền nuôi con, một trong số chúng tôi hoặc Văn Phòng Hỗ Trợ Trẻ Em có thể nộp đơn kiến nghị để nhận được trợ giúp nuôi con.
		Chúng tôi có thể hủy (<i>rút lại</i>) VAP này — trong vòng 60 ngày kể từ ngày nộp và được chấp nhận - bằng cách gửi đơn hủy bỏ tới Văn Phòng Hồ Sơ Quan Trọng.
		Khi quá 60 ngày, chúng tôi phải ra tòa để hủy bỏ (<i>rút lại</i>) hoặc từ chối VAP này. Điều tương tự áp dụng cho đơn Từ Chối Quan Hệ Huyết Thống (DOP).
		Một đơn VAP đã ký có giá trị tương đương với quyết định của tòa án về quan hệ huyết thống và việc từ chối chỉ được cho phép trong một số trường hợp hi hữu.
		Các thay đổi trong tương lai về mẫu đơn này sẽ không ảnh hưởng tới các VAP đã có hiệu lực.

Nhân Chứng Phụ huynh & CHỮ KÝ	Khi ký tại đây, chúng tôi xác nhận rằng:	
	<ul style="list-style-type: none">• Thông tin mà chúng tôi cung cấp trong mẫu này là hoàn toàn chính xác.• Chúng tôi tự nguyện ký và không bị ép buộc hay đe dọa.• Chúng tôi đã đọc và đồng ý với thông tin được cung cấp.• Chúng tôi hiểu các tác động pháp lý sau khi ký.	
	Chữ kí của bố mẹ ruột	Ngày ký (tháng/ngày/năm)
	NHÂN CHỨNG	Ngày ký (tháng/ngày/năm)
	Chữ ký phụ huynh	Ngày ký (tháng/ngày/năm)
NHÂN CHỨNG	Ngày ký (tháng/ngày/năm)	

Nộp đơn VAP hoàn thiện tới:

Văn Phòng Hồ Sơ Quan Trọng
Sở Y Tế Vermont
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070

Gọi 1-800-786-3214 nếu quý vị có thắc mắc:

Văn Phòng Hỗ Trợ Trẻ Em

- Việc ký vào mẫu này có nghĩa
- Các cách khác để lập quan hệ huyết thống