

撤銷或取消自願承認或否認親子關係

打字或列印字體須清晰

第 1 節. 自願確認親子關係 (VAP) 表格所載之兒童資訊		
孩子	1. 孩子的姓名 (名字、中間名、姓氏、後綴字)	2. 出生日期 (月/日/年) (兩位數月份, 兩位數日期, 四位數年份)
	3. 出生的城市或鄉鎮、郡縣和州	
第 2 節. 自願確認親子關係 (VAP) 表格所載之家長資訊		
親生父母	4. 家長目前的法定姓名 (名字、中間名、姓氏、後綴字)	5. 社會安全號碼
	6. 出生日期 (月/日/年) (兩位數月份, 兩位數日期, 四位數年份)	7. 出生地點 (州、領土或其他國家)
	8. 郵寄地址 (街道和門牌號碼、市區/鄉鎮、州、郵遞區號)	
父母	9. 家長目前的法定姓名 (名字、中間名、姓氏、後綴字)	10. 社會安全號碼
	11. 出生日期 (月/日/年) (兩位數月份, 兩位數日期, 四位數年份)	12. 出生地點 (州、領土或其他國家)
	13. 郵寄地址 (街道和門牌號碼、市區/鄉鎮、州、郵遞區號)	
第 3 節. 拒絕親子關係 (DOP) 表格所載之推定或聲稱親生父母資訊 (如適用)		
推定或聲稱的親生父母	14. 家長目前的法定姓名 (名字、中間名、姓氏、後綴字)	15. 社會安全號碼
	16. 出生日期 (月/日/年) (兩位數月份, 兩位數日期, 四位數年份)	17. 出生地點 (州/省、地區、領土或其他國家)
	18. 郵寄地址 (街道和門牌號碼、市區/鄉鎮、州、郵遞區號)	

第 4 節. 撤銷方資訊

撤銷方聲明：本人瞭解此法律文件用於撤回向佛蒙特州健康福利部人口統計辦公室提交的自願親子關係確認 (VAP) 表格所建立的合法父母和子女關係。此表格必須在確認或拒絕生效日期後的 60 天內，以及在法院程式裁決與兒童有關的親子關係之前，填妥並提交給人口統計辦公室。我瞭解簽署 VAP 的所有各方（簽署人），以及 DOP（如果適用）必須獲悉此流程。

我要撤回我的自願確認親子關係表格。

我要撤回我的拒絕親子關係表格。

撤銷方	撤銷方簽名	簽名日期（月/日/年）（兩位數月份，兩位數日期，四位數年份）
見證人	證人簽名	簽名日期（月/日/年）（兩位數月份，兩位數日期，四位數年份）

Vital Records Office Use Only (Keep this section in English)

- The VAP, and DOP if applicable, were filed with the Vital Records Office on _____ and this rescission is within the 60-day limitation specified in 15C V.S.A. §307.
- Written notification of the request for rescission or removal has been sent to the following parties who signed (signatories) the VAP and DOP if applicable:
 - The parent listed on the VAP, and DOP if applicable, on (mm/dd/yyyy) _____.
 - The parent listed on the VAP on (mm/dd/yyyy) _____.
 - The presumed or alleged genetic parent listed on the DOP on (mm/dd/yyyy) _____.

Vital Records Office Use Only (English)

Date Received (English):