

## 亲子关系自愿确认 (VAP)

请打印或用正楷填写。签署前请阅读所提供的信息。请在见证人在场情况下签名，并确保见证人在本表背面的两个空白处均签署姓名。

<b>孩子</b>	1. 孩子全名 (名字、中间名、姓氏、后缀)		2. 出生日期 (月/日/年)	
	3. 孩子出生地	市/镇	郡县	州
<b>亲生父母</b>	4. 当前法定姓名 (名字、中间名、姓氏、后缀)		5. 社保号码	
	6. 出生日期 (月/日/年)		7. 出生地 (州、地区或外国)	
	8. 邮寄地址 (街道和门牌号, 市/镇, 州, 邮政编码)			
<b>父母</b>	9. 当前法定姓名 (名字、中间名、姓氏、后缀)		10. 社保号码	
	11. 出生日期 (月/日/年)		12. 出生地 (州、地区或外国)	
	13. 邮寄地址 (街道和门牌号, 市/镇, 州, 邮政编码)			

### 关于其他父母的信息

除了本表所列的两人，孩子是否有其他父母/可能存在的父母\*?  是  否  
 如果您回答是，请在下面提供另一位父母的姓名并解释情况。

\* 如果其他人为法律规定的推定父母，他们必须在您提交 VAP 的同时提交《亲子关系否认书》。请参阅 [dcf.vermont.gov/ocs/services/parentage/definitions](http://dcf.vermont.gov/ocs/services/parentage/definitions)

**Vital Records Office Use Only (English):** Date received (English): \_\_\_\_\_

孩子的全名（名字、中间名、姓氏、后缀）

出生日期（月/日/年）

## 自愿确认声明

父母双方都必须下面每项声明前用首字母签名。

父母的首字母签名	父母的首字母签名	我了解：
		我们有权利在签名前（单独或一起）咨询律师。
		一旦签名，我们将承担为这个孩子提供经济支持的法律支持。
		一旦我们双方都确认了父母权利，我们中的任何一方或儿童抚养办公室都可以提交请愿书，建立儿童抚养令。
		我们可以通过向人口记录办公室提交撤销表来撤销（撤回）此 VAP（自提交并受理之日起 60 天内）。
		一旦过了 60 天，我们必须诉至法院方可撤销（撤回）此 VAP 或提出异议。《亲子关系否认书》（DOP）同理。
		已签署的 VAP 等效于法庭对亲子关系的裁决，仅在有限情况下才允许提出异议。
		本表未来的改动不会影响已生效的 VAP。

见证人 父母 & 签名	通过在下方签名，我们保证：	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 据我们所知，我们在此表中提供的信息正确无误。</li><li>• 我们是自愿签署的，未受到任何形式的强迫、威胁或胁迫。</li><li>• 我们已阅读并理解所提供的信息。</li><li>• 我们了解签字所产生的法律后果。</li></ul>	
	亲生父母签名	签名日期（月/日/年）
	见证人	签名日期（月/日/年）
	父母签名	签名日期（月/日/年）
见证人	签名日期（月/日/年）	

请将填好的 VAP 邮寄至：

Office of Vital Records  
Vermont Department of Health  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070

如有疑问，请致电 **1-800-786-3214**：

儿童抚养办公室的工作人员可以解释：

- 签署此表意味着什么
- 确立亲子关系的不同方式