

## تصدیق داوطلبانه والدین (VAP)

لطفاً به صورت واضح تایپ یا چاپ کنید. تمام معلومات ارائه شده را قبل از امضا بخوانید. جلوی شاهد امضا کنید و مطمئن شوید که شاهد در هر دو فضای پشت این فرم امضا می کند.

طفل	1. اسم طفل (اسم اول، اسم میانی، تخلص، پسوند)		2. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	
	3. محل تولد طفل		شهر/شهرک	ایالت
طفل تولد	4. اسم قانونی فعلی (اسم اول، اسم وسط، تخلص، پسوند)		5. شماره بیمه اجتماعی	
	6. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		7. محل تولد (ایالت، قلمرو یا کشور خارجی)	
	8. آدرس سکونت (سرک و شماره، شهر/شهرک، ایالت، زیپ کد)			
والدین	9. اسم قانونی فعلی (اول، وسط، آخر، پسوند)		10. شماره بیمه اجتماعی	
	11. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		12. محل تولد (ایالت، قلمرو یا کشور خارجی)	
	13. آدرس سکونت (سرک و شماره، شهر/شهرک، ایالت، زیپ کد)			

### معلومات در مورد هر والدین دیگری

آیا این طفل دارد کدام والدین/والدین احتمالی\* غیر از دو والدین ذکر شده در این نست دارد؟  
 فورم؟  بلی  نخیر  
 اگر جواب بلی دادید، اسم والدین دیگر را در ذیل ارایه کنید و شرایط را توضیح دهید.

\* اگر شخص دیگری طبق قانون یک والدین فرضی باشد، باید درخواست رد کند در [s/parentage/definitionsmethesame](https://www.vermont.gov/parentage/definitionsmethesame) که شما VAP خود را ثبت می کنید ثبت کنید. ببینید

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

## تصدیق بیانیه داوطلبانی

هر دو والدین باید حروف اول هر عبارت ذیل را نوشته کند

والده والد امضای اولیه	والده والد امضای اولیه	من درک میکنم که:
		ما حق داریم قبل از امضاء با یک وکیل صحبت کنیم (خودمان یا با هم).
		پس از امضاء از نظر قانونی مسئول حمایت مالی طفل خواهیم بود.
		زمانی که هر دو حقوق والدینی را تصدیق کرد چی هر دو والدین یا اداره ثبت طفل حمایت کننده ممکن عریضه بی تسلیم کند برای ایجاد حکم حمایت از طفل
		ما ممکن است این VAP را لغو کنیم (انصراف) تا 60 روز از تاریخ ثبت آن و قبول کنیم - با تسلیم کردم یک فورم فسخ در دفتر سوابق حیاتی
		با سپری شدن مدت معینه 60 روزه ، برای فسخ (انصراف) باید به دادگاه مراجعه کنیم یا به چالش بکشیم VAP. همین امر در مورد انکار والدین نیز صدق میکند (DOP).
		یک VAP امضا شده برابر است با تصمیم محکمه برای تصدیق داوطلبان نسب طفل و یک چالش است فقط در شرایط محدود مجاز است.
		تغییرات بعدی در این فورم تأثیر بر معتبر بودن VAPs ندارد
<p><b>با امضاء نمودن این ما تصدیق میکنیم که:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معلومات ارائه شده توسط ما در این فورم تا حد ممکن درست است.</li> <li>• ما امضاء میکنیم داوطلبی را بدون اینکه مورد جبر یا تهدید قرار گرفته باشیم.</li> <li>• ما خواندیم و دانستیم معلومات ارائه شده را</li> <li>• ما پیامد قانونی امضاء را میدانیم.</li> </ul>		
امضاء والد تولد	تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)	
شاهد	تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)	
امضاء والد/والده	تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)	
شاهد	تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)	

شاهد &amp; امضاء ها والدین

VAP تکمیل شده خود را ارسال کنید به:

دفتر سوابق حیاتی

دیپارتمنت صحت ورمونت

Cherry Street 108, شماره صندوق پستی 70  
Burlington, VT 05402-0070

اگر سوال داشتید با این شماره 1-800-786-3214 تماس بگیرید.

کارمندان دفتر حمایت از اطفال می توانند توضیح دهند:

- امضای این فورم به این معنی است که
- روش های مختلف برای ایجاد والدین