

自愿确认或否认亲子关系的撤销或取消

请打印或用正楷清晰填写

第一部分：《亲子关系自愿确认》(VAP)表中孩子的信息		
孩子	1. 孩子姓名 (名字、中间名、姓氏、后缀)	2. 出生日期 (月/日/年)
	3. 出生城市或城镇, 郡县及州	
第二部分：《亲子关系自愿确认》(VAP)表中父母的信息		
亲生父母	4. 父母当前法定姓名 (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)	
父母	9. 父母当前法定姓名 (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)	
第三部分：《亲子关系否认书》(DOP)表中的推定父母或宣称亲生父母的信息 (如适用)		
推定父母或 宣称亲生父母	14. 父母当前法定姓名 (名字、中间名、姓氏、后缀)	15. 社保号码
	16. 出生日期 (月/日/年)	17. 出生地 (州、地区或外国)
	18. 邮寄地址 (街道和门牌号, 市/镇, 州, 邮政编码)	

第四部分：撤销当事人信息

撤销当事人声明： 我了解本法律文件是用于撤销由《亲子关系自愿确认》表（VAP）建立的合法父母及子女关系，该表归档于佛蒙特州卫生局人口记录办公室。自确认表或否认书生效之日起60天内，以及在法庭裁决与孩子有关的亲子关系诉讼程序前，必须将本表填好并提交至人口记录办公室。我了解必须将此流程通知所有签署VAP和DOP的相关方（即签字人，如适用）。

我要撤销我的《亲子关系自愿确认》表。

我要撤销我的《亲子关系否认书》表。

撤销当事人	撤销当事人签名	签名日期（月/日/年）
见证人	见证人签名	签名日期（月/日/年）

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):