

## فسخ یا حذف تصدیق داوطلبانه یا انکار والدین

لطفاً تایپ کنید یا بشکل واضح بنویسید.

بخش 1. معلومات طفل همانطور که در فورم تایید داوطلبانه والدین (VAP) نشان داده شده میباشد.		
1. نام طفل (اسم، اسم میانی، تخلص، پسوند)	2. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	طفل
3. شهر، یا شهرک، کاونتی و ایالت که در آن تولد شده		
بخش 2. معلومات والدین همانطور که در فورم تایید داوطلبانه والدین (VAP) نشان داده شده میباشد.		
4. اسم قانونی فعلی والدین (اسم اول، اسم وسط، تخلص، پسوند)	5. شماره بیمه اجتماعی	تولد والدین
6. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	7. محل تولد (ایالت، قلمرو، یا کشور خارجی)	
8. آدرس سکونت (سرک و شماره، شهر/شهرک/ایالت، زیپ کود)		
9. اسم قانونی فعلی والدین (اسم اول، اسم وسط، تخلص، پسوند)	10. شماره بیمه اجتماعی	والد/والده
11. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	12. محل تولد (ایالت، قلمرو، یا کشور خارجی)	
13. آدرس سکونت (سرک و شماره، شهر/شهرک/ایالت، زیپ کود)		
بخش 3. معلومات فرضی یا ادعایی ژنتیکی والدین همانطور که در فورم رد والدین (DOP) نشان داده شده میباشد. (در صورت وجود)		
14. اسم قانونی فعلی والدین (اسم اول، اسم وسط، تخلص، پسوند)	15. شماره بیمه اجتماعی	با والد ژنتیکی والدین ادعا شده
16. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	17. محل تولد (ایالت یا کشور خارجی)	
18. آدرس سکونت (سرک و شماره، شهر/شهرک، ایالت، زیپ کود)		

## بخش 4. معلومات طرف فسخ کننده

**بیانیه طرف فسخ:** من می دانم که این سند قانونی برای لغو رابطه قانونی والدین و فرزند ایجاد شده توسط فورم تأیید داوطلبانه والدین (VAP) که در دفتر سوابق حیاتی وزارت صحت ورمونت ثبت شده است، استفاده می شود. این فورم باید تکمیل شود و قبل از 60 روز پس از تاریخ لازم الاجرا شدن تصدیق یا انکار و قبل از رسیدگی محکمه برای والدین مربوط به طفل، به دفتر سوابق حیاتی ارائه شود. من میدانم که همه طرف هایی که VAP را امضا کرده اند (امضا کنندگان) و در صورت وجود DOP، باید از این روند مطلع شوند.

من تصدیق داوطلبانه فورم والدین خود را لغو می کنم.

من فورم رد والدین خود را لغو می کنم.

تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)	د فسخه کونکی لوری لاسلیک	فسخه کونکی لوری
تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)	د شاهد لاسلیک	شاهد

**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):**