

## अभिभावकत्वको स्वेच्छिक स्वीकारोक्ति वा अस्वीकृति रद्द गर्ने वा हटाउने

कृपया टाइप गर्नुहोस् वा स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस् ।

खण्ड 1. अभिभावकत्वको स्वेच्छिक स्वीकारोक्ति (VAP) फारममा भएअनुसार बच्चाको जानकारी		
बच्चा	1. बच्चाको नाम (नाम, बीचको नाम, थर, प्रत्यय)	2. जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)
	3. जन्मिएको सहर वा नगर, काउन्टी र राज्य	
खण्ड 2. अभिभावकत्वको स्वेच्छिक स्वीकृति (VAP) फारममा भए अनुसार आमा वा बुबाको जानकारी		
जन्म दिने आमा वा बुबा	4. आमा वा बुबाको हालको कानुनी नाम (नाम, बीचको नाम, थर, प्रत्यय)	5. सामाजिक सुरक्षा नम्बर
	6. जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)	7. जन्म स्थान (राज्य, क्षेत्र वा विदेशी राष्ट्र)
	8. पत्राचार ठेगाना (सडक र नम्बर, सहर/नगर, राज्य, जिप कोड)	
आमा वा बुबा	9. आमा वा बुबाको हालको कानुनी नाम (नाम, बीचको नाम, थर, प्रत्यय)	10. सामाजिक सुरक्षा नम्बर
	11. जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)	12. जन्म स्थान (राज्य, क्षेत्र वा विदेशी राष्ट्र)
	13. पत्राचार ठेगाना (सडक र नम्बर, सहर/नगर, राज्य, जिप कोड)	
खण्ड 3. अभिभावकत्वको अस्वीकृति (DOP) फारममा भएको अनुमानित वा कथित आनुवंशिक आमा वा बुबाको जानकारी (लागू हुने भएमा)		
अनुमानित वा कथित आनुवंशिक आमा वा बुबा	14. आमा वा बुबाको हालको कानुनी नाम (नाम, बीचको नाम, थर, प्रत्यय)	15. सामाजिक सुरक्षा नम्बर
	16. जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)	17. जन्म स्थान (राज्य, क्षेत्र वा विदेशी राष्ट्र)
	18. पत्राचार ठेगाना (सडक र नम्बर, सहर/नगर, राज्य, जिप कोड)	

खण्ड 4. रद्द गर्ने पक्षको जानकारी		
	<p><b>रद्द गर्ने पक्षको कथन:</b> यो कानुनी कागजात Vermont Department of Health को Vital Records Office मा दायर गरिएको अभिभावकत्वको स्वेच्छिक स्वीकारोक्ति (VAP) फारामद्वारा सिर्जना गरिएको कानुनी आमा वा बुबा र बच्चाको सम्बन्ध रद्द गर्ना वा फिर्ता लिन प्रयोग गरिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु । यो फाराम स्वीकारोक्ति वा अस्वीकृति लागू भएको मितिपछि 60<sup>औं</sup> दिनभन्दा पहिले र बच्चासँग सम्बन्धित अभिभावकत्वको निर्णय गर्नको लागि अदालतको कार्यवाहीभन्दा पहिले अनिवार्य रूपमा भरेर Vital Records Office मा पेस गरिनुपर्छ । VAP, र लागू हुने भएमा DOP, मा हस्ताक्षर गर्ने सबै पक्षहरू यो प्रक्रियाको बारेमा अनिवार्य रूपमा सूचित गरिनुपर्छ ।</p> <p><input type="radio"/> म मेरो अभिभावकत्वको स्वेच्छिक स्वीकारोक्ति फारामलाई रद्द गर्दैछु ।</p> <p><input type="radio"/> म मेरो अभिभावकत्वको अस्वीकृति फारामलाई रद्द गर्दैछु ।</p>	
रद्द गर्ने पक्षको	रद्द गर्ने पक्षको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति (महिना/दिन /वर्ष)
साक्षी	साक्षीको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति (महिना/दिन /वर्ष)
<b>Vital Records Office Use Only (Keep this section in English)</b>		
<p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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:</p> <p><input type="checkbox"/> The parent listed on the VAP, and DOP if applicable, on (mm/dd/yyyy) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> The parent listed on the VAP on (mm/dd/yyyy) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> The presumed or alleged genetic parent listed on the DOP on (mm/dd/yyyy) _____.</p>		

**Vital Records Office Use Only (English)**

**Date Received (English):**

\_\_\_\_\_

माघ 2019

2 मध्ये 2