打印表格

VERMONT
DEPARTMENT OF HEALTH

性别身份宣誓书

为表明性别身份修改佛蒙特州出生证明

申请人信息：

如果登记人未满 16 岁，则必须由父母或法定监护人填写本表。

申请人与出生证明上所列人员关系：

☐ 本人（16 岁及以上） ☐ 未成年登记人的父母 ☐ 未成年登记人的法定监护人

申请人当前法定姓名：_____
（名） （中间名） （姓）

邮寄地址：_____
（门牌号和街道） （市/镇） （州/国家） （邮政编码）

日间联系电话：( )_____ 电子邮箱：_____

当前出生证明上所示登记人信息：

姓名：_____
（名） （中间名） （姓）

出生日期：_____ 性别：_____ 出生城市或城镇：_____
（月/日/年）

☐ 我要求更改上述出生证明上的性别。	
当前记录显示性别： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 未指定（非二元性别）	应显示性别： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 未指定（非二元性别）

申请人证明：请仅在公证人在场情况下签署您的姓名。

我证明该请求是为了确认我/登记人的性别身份，该性别与当前出生证明上所显示的性别不同。

- 申请人签名：_____ 日期：_____

正楷姓名：_____

公证人：已于以下日期在本人面前签署并宣誓：_____
（日期）

- 公证人签名：_____ 所属州和郡县：_____

委托编号：_____ 委托失效日期：_____

将表格邮寄至:	Vermont Department of Health Vital Records Office 108 Cherry Street, PO Box 70 Burlington, VT 05402	如要获取修改后的出生证明核证副本，需单独申请并支付相关费用。欲了解更多信息，请访问 www.healthvermont.gov/VitalRecords.