

## अभिभावकत्वको स्वेच्छिक स्वीकारोक्ति (VAP)

कृपया टाइप गर्नुहोस् वा स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस् । तपाईंले हस्ताक्षर गर्नुभन्दा पहिले उपलब्ध गराइएका सबै जानकारी पढ्नुहोस् । साक्षीको उपस्थितिमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र साक्षीले यो फारामको पछाडिको भागको दुवै ठाउँमा हस्ताक्षर गर्छन् भनी सुनिश्चित गर्नुहोस् ।

बच्चा	1. बच्चाको पूरा नाम (नाम, बीचको नाम, थर, प्रत्यय)		2. जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)	
	3. बच्चाको जन्मस्थान	सहर/नगर	काउन्टी	राज्य
आमा वा बुबा जन्म दिने	4. 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. हालको कानुनी नाम (नाम, बीचको नाम, थर, प्रत्यय)		10. सामाजिक सुरक्षा नम्बर	
	11. जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)		12. जन्मस्थान (राज्य, क्षेत्र वा विदेशी देश)	
	13. पत्राचार ठेगाना (सडक र नम्बर, सहर/नगर, राज्य, जिप कोड)			

### कुनै अन्य आमा वा बुबाको बारेमा जानकारी

यो बच्चाको यस फारामको सूचीमा भएका दुईजना बाहेक अर्को आमा वा बुबा/सम्भावित आमा वा बुबा\* हुनुहुन्छ ?

हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न

यदि तपाईंले हुनुहुन्छ भनेर उत्तर दिनुभएको खण्डमा अर्को आमा वा बुबाको नाम तल लेख्नुहोस् र परिस्थितिहरूका बारेमा व्याख्या गर्नुहोस् ।

\* यदि कानूनान्तर्गत अरू कोहीलाई अनुमानित आमा वा बुबा मानिन्छ भने तपाईंले आफ्नो VAP दायर गरेको बेलामा नै उहाँले पनि अनिवार्य रूपमा *अभिभावकत्वको अस्वीकृति पत्र* दायर गर्नुपर्छ । यहाँ हेर्नुहोस्:

[dcf.vermont.gov/ocs/services/parentage/definitions](http://dcf.vermont.gov/ocs/services/parentage/definitions)

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

बच्चाको पूरा नाम (नाम, बीचको, थर, प्रत्यय)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)

## स्वेच्छिक स्वीकारोक्तिको कथन

आमाबुबा दुवैले अनिवार्य रूपमा तलको प्रत्येक कथनमा नामको प्रथमाक्षरले संक्षिप्त हस्ताक्षर गर्नुपर्छ ।

आमाको नामको प्रथमाक्षर	आमाको नामको प्रथमाक्षर	म यो बुझ्दछु कि:
		हामीसँग हस्ताक्षर गर्नुभन्दा पहिले वकिलसँग (छुट्टाछुट्टै वा सँगसँगै) कुरा गर्ने अधिकार हुन्छ ।
		हामीले हस्ताक्षर गरेपश्चात् हामी आर्थिक रूपमा यस बच्चाको भरणपोषण गर्न कानुनी रूपमा जिम्मेवार हुनेछौं ।
		हामी दुवैजनाले अभिभावकीय अधिकारहरू स्वीकार गरिसकेपश्चात् हामीमध्ये कुनै एकजना वा Office of Child Support ले बच्चाको भरणपोषण खर्चसम्बन्धी आदेश दिनका लागि निवेदन दायर गर्न सक्छौं ।
		हामीले Office of Vital Records मा रद्द गर्ने फाराम दायर गरेर यस VAP लाई यो दायर तथा स्वीकृत भएको मितिदेखि 60 दिनसम्म रद्द गर्न (फिर्ता लिन) सक्छौं ।
		60 दिन बितिसकेपश्चात् हामीले यो VAP लाई रद्द गर्न (फिर्ता लिन) वा चुनौती दिन अदालत जानुपर्नेछ । अभिभावकत्वको अस्वीकृति (DOP) मा पनि यहीँ प्रावधान लागू हुन्छ ।
		हस्ताक्षर गरिएको VAP अभिभावकत्वको सम्बन्धमा अदालतले गरेको निर्धारण सरह हुन्छ र सीमित परिस्थितिहरूमा मात्र चुनौतीलाई स्वीकार गरिन्छ ।
		यस फाराममा भविष्यमा हुने परिवर्तनहरूले मान्य VAP हरूलाई असर गर्ने छैन ।
साक्षी & हस्ताक्षरहरू आमाबुबा	<b>तल हस्ताक्षर गरेर हामी निम्न कुराहरू प्रमाणित गर्छौं:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>हामीले यस फाराममा उपलब्ध गराएको जानकारी हामीलाई थाहा भएसम्म सही छन् ।</li><li>हामी दबाव, धम्की वा करकापबिना स्वेच्छाले हस्ताक्षर गरिरहेका छौं ।</li><li>हामीले उपलब्ध गराइएका जानकारी पढेका र बुझेका छौं ।</li><li>हामी हस्ताक्षर गर्दा भोग्नुपर्ने कानुनी परिणामहरू बुझ्छौं ।</li></ul>	
	जन्म दिने आमा वा बुबाको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति (महिना/दिन/वर्ष)
	साक्षी	हस्ताक्षर गरिएको मिति (महिना/दिन/वर्ष)
	आमा वा बुबाको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति (महिना/दिन/वर्ष)
साक्षी	हस्ताक्षर गरिएको मिति (महिना/दिन/वर्ष)	

आफ्नो पूरा भरिएको VAP लाई यहाँ पठाउनुहोस्:

Office of Vital Records  
Vermont Department of Health  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070

तपाईंका प्रश्नहरू छन् भने 1-800-786-3214 मा फोन गर्नुहोस्:

Office of Child Support का कर्मचारीले निम्न कुराहरूका बारेमा बताउन सक्नुहुन्छ:

- यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुको अर्थ के हुन्छ
- अभिभावकत्वको स्थापित गर्ने विभिन्न तरिकाहरू