

د ورمونت د زېږون سند د سمولو يا تعديلولو غوښتنلیک

د زېږون سند باندې نوم:

لومړی نوم	منځنی نوم	کورنی نوم	د زېږون نېټه
-----------	-----------	-----------	--------------

غوښتونکی چې د بدلون غوښتنه کوي:

لومړی نوم	منځنی نوم	کورنی نوم	د زېږون نېټه
-----------	-----------	-----------	--------------

په سند د نومولی شخص سره د غوښتونکي اړیکه:

خپله والد(وادین) یا سرپرست (سرپرستان) هغه روغتون چېرې چې زېږون پېښ شوي وی تاییدونکی کارکوونکی

یو انتخاب کړئ:

- د زېږون سند د زېږون له نېټې څخه په 6 میاشتو کې دننه د **18 V.S.A. § 5073(a)** سره سم سم کړئ
- *د زېږون سند د زېږون له نېټې څخه په 6 میاشتو کې دننه د **18 V.S.A. § 5075(a)** سره سم تعدیل کړئ

* په څرگنده توګه د اصلاح لامل ولیکي او چمتو شوي شواهد لېست کړئ:

- د زېږون له نېټې څخه په 6 میاشتو کې دننه د ماشوم نوم بشپړول یا بدلونونه دواړه د والدینو لاسلیک ته اړتیا لري، که چېرې د زېږون سند کې دواړه والدین لېست شوي وي.

- د زېږون له نېټې څخه له 6 میاشتو څخه ډېر وخت وروسته د ماوم نوم بشپړول یا بدلونونه د محکمې امر تایید شوي کاپي ته اړتیا لري.

- د زېږون سند کې بل والدین اضافه کول: په زېږون سند کې د ماشوم د نور والدینو اضافه کولو لپاره د والدینو د فورمي رضاکارانه اعتراف، یا د محکمې حکم ته اړتیا ده. له ماشوم څخه د ملاتړ دفتر یې ترمنځ توپیر تشریح کولی شي

د نسب د تثبیت لارې. کولی شئ OCS سره اړیکه ونیسئ په: 800-786-3214 یا dcf.vermon.gov/child-support/parentage

- هغه معلومات چې باید اصلاح/بدل شي:

هغه معلومات لېست کړئ چې باید اصلاح/بدل شي	په سند کې شته تېروتنې	په سند کې باید څه وي؟
مثال: د ماشوم لومړی نوم	جان	جانن

زه غوښتونه کوم چې ایالتي ثبتونکي د زېږون یو اصلاح یا بدلون موندلی سند چمتو او ثبت کړي.

د غوښتونکي لاسلیک	چاپ شوي نوم	نېټه
-------------------	-------------	------

برېښنالیک:

د تلیفون شمېره:

د دوهم غوښتونکي لاسلیک (که اړین وي)	چاپ شوي نوم	نېټه
-------------------------------------	-------------	------

(اصلاح لپاره) غوښتنلیک او ملاتړ کوونکي شواهد دغه ادرس ته واستوی:

Vermont Department of Health

Vital Records

108 Cherry Street, PO Box 70

Burlington, VT 05402 ب