

माता-पिता की स्वैच्छिक स्वीकृति (VAP)

कृपया अच्छे से टाइप करें या प्रिंट करें. हस्ताक्षर करने से पहले दी गई सारी जानकारी पढ़ें. गवाह के सामने हस्ताक्षर करें और सुनिश्चित करें कि गवाह इस फॉर्म के पीछे दोनों जगहों पर हस्ताक्षर करें.

बच्चा	1. बच्चे का पूरा नाम (पहला, मध्य, उपनाम, प्रत्यय)		2. जन्म तिथि (mm/dd/yyyy)	
	3. बच्चे का जन्म स्थान	शहर/टाउन	काउंटी	राज्य
माता/पिता जन्म	4. मौजूदा कानूनी नाम (पहला, मध्य, उपनाम, प्रत्यय)		5. सोशल सिक्योरिटी नंबर	
	6. जन्म तिथि (mm/dd/yyyy)		7. जन्म स्थान (राज्य, टेरिटरी, या अन्य देश)	
	8. मेलिंग पता (स्ट्रीट और नंबर, शहर/टाउन, राज्य, ज़िप कोड)			
माता/पिता	9. मौजूदा कानूनी नाम (पहला, मध्य, अंतिम, प्रत्यय)		10. सोशल सिक्योरिटी नंबर	
	11. जन्म तिथि (mm/dd/yyyy)		12. जन्म स्थान (राज्य, टेरिटरी, या अन्य देश)	
	13. मेलिंग पता (स्ट्रीट और नंबर, शहर/टाउन, राज्य, ज़िप कोड)			

किसी अन्य माता-पिता के बारे में जानकारी

इस पर सूचीबद्ध दो माता-पिता के अलावा क्या इस बच्चे के कोई अन्य माता-पिता/संभावित माता-पिता* हैं फॉर्म?

नहीं हां

यदि आपने हां में उत्तर दिया है, तो नीचे दूसरे माता-पिता का नाम दर्ज करें और परिस्थितियां बताएं.

* अगर कानून के तहत कोई अनुमानित अभिभावक है, तो उन्हें *अभिभावक पर बनने से मनाही* s/parentage/definitionsmethesame आप अपना VAP फ़ाइल करें. देखें

Vital Records Office Use Only (English): Date received (English): _____

बच्चे का पूरा नाम (पहला, मध्य, उपनाम, प्रत्यय)

जन्म तिथि (mm/dd/yyyy)

स्वैच्छिक स्वीकृति का विवरण

माता-पिता दोनों को नीचे दिए गए प्रत्येक कथन पर आद्याक्षर अवश्य करना चाहिए।

माता/पिता के आद्याक्षर	माता/पिता के आद्याक्षर	मैं समझता/समझती हूँ कि:
		हस्ताक्षर करने से पहले हमें किसी वकील से (अकेले या साथ में) बात करने का अधिकार है।
		एक बार हस्ताक्षर करने के बाद, हम इस बच्चे को आर्थिक रूप से सहारा देने के लिए कानूनी रूप से जिम्मेदार होंगे।
		एक बार जब हम दोनों माता-पिता के अधिकारों को स्वीकार कर लेते हैं, तो हममें से कोई एक या ऑफिस ऑफ़ चाइल्ड सपोर्ट बच्चों के लिए सहायता आदेश प्राप्त करने के लिए याचिका दायर कर सकता है।
		हम इस VAP के दर्ज करने की तारीख से — 60 दिन तक रद्द (वापस) कर सकते हैं और स्वीकार कर सकते हैं — ऑफिस ऑफ़ वाइटल रिकॉर्ड्स के साथ एक रद्दीकरण फ़ॉर्म दर्ज करके।
		एक बार 60 दिन बीत जाने के बाद, हमें इस VAP को रद्द करने (वापस लेने) या चुनौती देने के लिए अदालत में जाना होगा। माता-पिता बनने से इनकार (DOP) के लिए भी यही सही है।
		एक हस्ताक्षरित VAP माता-पिता के अदालती निर्धारण के बराबर है और ऐसी चुनौती देने के लिए अदालत की अनुमति केवल सीमित परिस्थितियों में ही दी जाती है।
		इस फ़ॉर्म में भविष्य में होने वाले बदलाव वैध VAPs को प्रभावित नहीं करेंगे।
साक्षी & हस्ताक्षर माता/पिता	नीचे हस्ताक्षर करके, हम यह प्रमाणित करते हैं कि:	
	<ul style="list-style-type: none">इस फ़ॉर्म में हमारे द्वारा प्रदान की गई जानकारी हमारी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है।हम किसी ज़ोर-ज़बरदस्ती, धमकी या दबाव के अधीन हुए बिना, अपने मन से हस्ताक्षर कर रहे हैं।हमने प्रदान की गई जानकारी को पढ़ और समझ लिया है।हम हस्ताक्षर करने के कानूनी परिणामों को समझते हैं।	
	जन्मदाता का हस्ताक्षर	हस्ताक्षर करने की तिथि (mm/dd/yyyy)
	साक्षी	हस्ताक्षर करने की तिथि (mm/dd/yyyy)
	माता-पिता के हस्ताक्षर	हस्ताक्षर करने की तिथि (mm/dd/yyyy)
साक्षी	हस्ताक्षर करने की तिथि (mm/dd/yyyy)	

अपना पूरा VAP इसपर भेजें:

ऑफिस ऑफ़ वाइटल रिकॉर्ड्स
वर्मोन्ट डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ
108 चेरी स्ट्रीट, पीओ बॉक्स 70
बरलिंगटन, VT 05402-0070

अगर आपका कोई सवाल है तो 1-800-786-3214 पर कॉल करें:

ऑफिस ऑफ़ चाइल्ड सपोर्ट के कर्मचारी समझा सकते हैं:

- इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने का क्या मतलब है
- माता-पिता का नाम स्थापित करने के विभिन्न तरीके