

طلب المتبني للحصول شهادة الميلاد الأصلية على نسخة من

معلومات مقدم الطلب:

صلة قرابة مقدم الطلب بالشخص الوارد اسمه في شهادة الميلاد:

- أنا الشخص المتبني وعمرى 18 عامًا أو أكبر.
- أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر وأنا سليل مباشر للشخص المتبني المتوفى.
- أنا ولي أمر أو وصي على سليل مباشر قاصر للشخص المتبني المتوفى.

الاسم القانوني الحالي لمقدم الطلب:

(الأول) (الأوسط) (الأخير)

عنوان البريد:

(الرقم والشارع) (المدينة/البلدة) (الولاية/الدولة) (الرمز البريدي)

الهاتف النهاري: () عنوان البريد الإلكتروني:

معلومات من شهادة الميلاد الحالية (شهادة الميلاد بعد التبني):

الاسم:

(الأول) (الأوسط) (الأخير)

تاريخ الميلاد: _____ الجنس: _____ المدينة/البلدة محل الميلاد: _____
(ش/ش/ي/ي/س/س/س/س)

معلومات من شهادة الميلاد الأصلية (شهادة الميلاد قبل التبني)

الاسم الموجود في شهادة الميلاد الأصلية، إذا كان معروفًا:

(الأول) (الأوسط) (الأخير)

اسم الأم/ولي الأمر، إذا كان معروفًا:

(الأول) (الأوسط) (الأخير)

اسم الأب/اسم ولي الأمر، إذا كان معروفًا:

(الأول) (الأوسط) (الأخير)

- أنتفهم أنه حتى يتسنى لإدارة الصحة في ولاية فيرمونت معالجة هذا الطلب، يجب أن أدرج:
- شيك أو طلب أموال بقيمة 10 دولارات أمريكية قابلة للدفع إلى "الإدارة الصحية في فيرمونت"، و
 - نسخة من شهادة الميلاد الحالية للمتبنى ونسخة من شهادة الوفاة في حالة الوفاة.

هل تود مشاركة المعلومات مع "سجل التبني في فيرمونت"؟ حدد خيارًا.

- نعم، قم بإعادة توجيه نسخة من طلبي إلى "سجل التبني في فيرمونت" حتى يتمكنوا من الاتصال بي في حالة توفر معلومات إضافية.
- لا، لا ترسل نسخة من طلبي إلى سجل التبني في فيرمونت. سأتصل بالسجل إذا كنت أرغب في الاستفسار عن أي معلومات إضافية. هاتف سجل التبني في فيرمونت: 241-0906 (802).

شهادة مقدم الطلب: لا توقع باسمك إلا في حضور كاتب العدل.

أي شخص يدلي عن قصد ببيان كاذب أو تحريف أو شهادة بشأن أي واقع مادي في هذا الطلب يجب أن يتم تغريمه بما لا يزيد عن 10000 دولار أمريكي أو السجن لمدة لا تزيد عن ستة أشهر أو كليهما. 18 V.S.A. § 131(c).

أؤكد أن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة دقيقة وأنا مؤهل للحصول على نسخة من شهادة الميلاد الأصلية للشخص المتبنى المذكور أعلاه.

◀ توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

الاسم بأحرف واضحة: _____

Notary Public: Signed and sworn before me on: _____

(التاريخ)

◀ توقيع كاتب العدل: _____ الولاية والمقاطعة: _____

رقم التفويض: _____ Commission Expiration Date: _____

إلى:	البريد:
السجلات الحيوية الإدارة الصحية في فيرمونت 108 Cherry Street, PO Box 70 Burlington, VT 05402	<ul style="list-style-type: none">• دفع 10 دولارات أمريكية• الاستمارة بعد إكمالها• شهادة الميلاد الحالية للمتبنى (وعند الطلب، شهادة وفاة المتبنى)