

申请更正或修改佛蒙特州出生证明

出生证明上姓名:

名	中间名	姓	出生日期
---	-----	---	------

请求变更的申请人:

名	中间名	姓	出生日期
---	-----	---	------

申请人与出生证明上所列人员的关系:

本人
 父母或监护人
 出生医院
 核证人员

请选择一项:

- 根据 18 V.S.A. § 5073(a) 规定, 自出生之日起 6 个月内更正或完善出生证明
 *根据 18 V.S.A. § 5075(a) 规定, 自出生之日起 6 个月后修改出生证明

* 明确说明修改理由并列出的证据材料:

- 如果出生证明上列有父母双方姓名, 则自出生之日起 6 个月内完善或修改孩子姓名需有父母双方签名。
- 自出生之日起 6 个月后完善或修改孩子姓名需提供法院命令的核证副本。
- 如需在出生证明上添加另一方父母: 需要提供《亲子关系自愿确认》表或法院命令, 才能将孩子的另一方父母添加到出生证明上。儿童抚养办公室 (OCS) 可以帮助您了解各种确认亲子关系的方式。您可以致电 800-786-3214 或访问 dcf.vermont.gov/child-support/parentage 联系 OCS。
- 需要更正/修改的信息:

列出需要更正/修改的项目	证书上出现的错误	证书上正确内容应为?
示例: 孩子名字	John	Jonathan

我要求州登记员准备并提交一份更正或修改后的出生证明。

申请人签名	正楷姓名	日期
-------	------	----

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

第二申请人签名 (如需)	正楷姓名	日期
--------------	------	----

请将申请表和证明材料 (用于修改) 邮寄至:

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