VERMONT
DEPARTMENT OF HEALTH

ĐƠN XIN CHỈNH SỬA HOẶC SỬA ĐỔI GIẤY KHAI SINH VERMONT

TÊN TRÊN GIẤY KHAI SINH:

Tên	*Tên Đệm*	*Họ*	*Ngày Sinh*

NGƯỜI NỘP ĐƠN YÊU CẦU THAY ĐỔI:

Tên	*Tên Đệm*	*Họ*	*Ngày Sinh*

Mối quan hệ của người nộp đơn với người có tên trên giấy khai sinh:

☐ Bản thân
☐ Bệnh viện nơi sinh
☐ (Các) Phụ Huynh hoặc (Những) Người Giám Hộ
☐ Người Chăm Sóc Có Chứng Nhận

Chọn Một:

☐ **Sửa hoặc Hoàn Thiện Giấy Khai Sinh** trong thời hạn 6 tháng kể từ ngày sinh theo **18 V.S.A. § 5073(a)**
☐ ***Sửa Đổi Giấy Khai Sinh** sau 6 tháng kể từ ngày sinh theo **18 V.S.A. § 5075(a)**

***** *Nêu rõ lý do sửa đổi và liệt kê bằng chứng được cung cấp:*

- **Hoàn thành hoặc thay đổi tên của trẻ trong vòng 6 tháng** kể từ ngày sinh cần có chữ ký của cả hai phụ huynh nếu hai phụ huynh có tên trong giấy khai sinh.
- **Hoàn thành hoặc thay đổi tên của trẻ hơn 6 tháng** sau ngày sinh cần có bản sao chứng thực **của lệnh tòa án**.
- **Thêm phụ huynh khác vào giấy khai sinh:** Cần phải có biểu mẫu Tự Nguyện Thừa Nhận Quan Hệ Huyết Thông hoặc lệnh của tòa án để bổ sung phụ huynh khác của trẻ vào giấy khai sinh. Văn Phòng Hỗ Trợ Trẻ Em có thể giúp giải thích các cách khác để thiết lập quan hệ huyết thống. Quý vị có thể liên hệ với OCS theo số: 800-786-3214 hoặc dcf.vermont.gov/child-support/parentage.

- THÔNG TIN CẦN ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH/SỬA ĐỔI:

Liệt kê mục cần điều chỉnh/sửa đổi	Lỗi xuất hiện trên giấy khai sinh	Mục đó cần cho biết thông tin gì trên giấy khai sinh?
VÍ DỤ: *Tên của trẻ*	*John*	*Jonathan*

Tôi yêu cầu Cơ Quan Đăng Ký Tiểu Bang chuẩn bị và nộp giấy khai sinh đã được điều chỉnh hoặc sửa đổi.

Chữ ký của người nộp đơn	*Tên in hoa*	*Ngày*

Số Điện Thoại: _____ Địa Chỉ Email: _____

Chữ ký của người nộp đơn thứ 2 (nếu yêu cầu)	*Tên in hoa*	*Ngày*

Gửi đơn đăng ký và bằng chứng hỗ trợ (để sửa đổi) tới:

Sở Y Tế Vermont
Hồ Sơ Quan Trọng
280 State Dr,
Waterbury VT 05671-8370