

स्वैच्छिक स्वीकृति को रद्द करना या हटाना या माता-पिता बनने से इनकार करना

कृपया अच्छे से लिखें या प्रिंट करें.

अनुभाग 1. बच्चे की जानकारी जैसा कि माता-पिता की स्वैच्छिक स्वीकृति (VAP) फ़ॉर्म पर दिखाई देती है		
बच्चा	1. बच्चे का नाम (पहला, मध्य, उपनाम, प्रत्यय)	2. जन्म तिथि (mm/dd/yyyy)
	3. जन्म का शहर या टाउन, काउंटी तथा राज्य	
अनुभाग 2. माता-पिता की जानकारी जैसा कि माता-पिता की स्वैच्छिक स्वीकृति (VAP) फ़ॉर्म पर दिखाई देती है		
माता/पिता	4. माता-पिता का 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)	
जन्मदाता	9. माता-पिता का मौजूदा कानूनी नाम (पहला, मध्य, उपनाम, 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)	
अनुभाग 3. माता-पिता की अनुमानित या कथित आनुवंशिक जानकारी, जैसा कि माता-पिता बनने से इनकार (DOP) करने वाले फ़ॉर्म पर दिखाई देती है (यदि लागू हो)		
अनुमानित माता/पिता या कथित आनुवंशिक माता/पिता	14. माता-पिता का मौजूदा कानूनी नाम (पहला, मध्य, उपनाम, प्रत्यय)	15. सोशल सिक्योरिटी नंबर
	16. जन्म तिथि (mm/dd/yyyy)	17. जन्म स्थान (राज्य, टेरिटरी, या अन्य देश)
	18. मेलिंग पता (स्ट्रीट और नंबर, शहर/टाउन, राज्य, ज़िप कोड)	

अनुभाग 4. पक्ष की जानकारी रद्द करना

रद्द करने वाले पक्ष का बयान: मैं समझता/समझती हूँ कि इस कानूनी दस्तावेज़ का उपयोग माता-पिता की स्वैच्छिक स्वीकृति (VAP) फ़ॉर्म द्वारा बनाए गए कानूनी माता-पिता और बच्चे के रिश्ते को वापस लेने के लिए किया जाता है, जिसे वर्मोन्ट डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ्स वाइटल रिकॉर्ड्स ऑफ़िस में दायर किया गया था. यह फ़ॉर्म स्वीकृति या इनकार की प्रभावी तिथि के 60^{वें} दिन से पहले और बच्चे से संबंधित माता-पिता के फैसले के लिए अदालत की कार्यवाही से पहले पूरा किया जाना चाहिए और वाइटल रिकॉर्ड्स ऑफ़िस में जमा किया जाना चाहिए. मैं समझता/समझती हूँ कि VAP और यदि लागू हो तो DOP पर हस्ताक्षर करने वाले (हस्ताक्षरकर्ता) सभी पक्षों को इस प्रक्रिया के बारे में सूचित किया जाना चाहिए.

मैं माता-पिता वाले फ़ॉर्म की अपनी स्वैच्छिक स्वीकृति को रद्द कर रहा हूँ.

मैं माता-पिता से इनकार करने का अपना फ़ॉर्म रद्द कर रहा हूँ.

Rescinding Party	रद्द करने वाले पक्ष का हस्ताक्षर	हस्ताक्षर करने की तिथि (mm/dd/yyyy)
साक्षी	साक्षी के हस्ताक्षर	हस्ताक्षर करने की तिथि (mm/dd/yyyy)

Vital Records Office Use Only (Keep this section in English)

- The VAP, and DOP if applicable, were filed with the Vital Records Office on _____ and this rescission is within the 60-day limitation specified in 15C V.S.A. §307.
- Written notification of the request for rescission or removal has been sent to the following parties who signed (signatories) the VAP and DOP if applicable:
- The parent listed on the VAP, and DOP if applicable, on (mm/dd/yyyy) _____.
- The parent listed on the VAP on (mm/dd/yyyy) _____.
- The presumed or alleged genetic parent listed on the DOP on (mm/dd/yyyy) _____.

Vital Records Office Use Only (English)**Date Received (English):**