

د داوطلبانه اعتراف له منځه وړل یا فسخه کول یا د والدین والي انکار

په مهرباني سره یې روښانه تایپ یا چاپ کړئ.

1 برخه: د ماشوم معلومات څه ډول چې د والدین والي د داوطلبې اعتراف په فورمه (VAP) کې ښکاري		
1. د ماشوم نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص، وروستاری)	2. د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال)	
3. ښار یا ښارگوټی، سیمه او د زېږېدنې ایالت		
2 برخه: د والدینو معلومات څه ډول چې د والدین والي د داوطلبې اعتراف په فورمه (VAP) کې ښکاري		
4. د والدینو اوسنی قانوني نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص، وروستاری)	5. د ټولنیز امنیت شمېره	
6. د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال)	7. د زیږون ځای (ایالت، مملکت یا بهرنی هیواد)	
8. پوستي پته (سرک او شمېره، ښار/ښارگوټی، ایالت، زیپ کوډ)		
9. د والدینو اوسنی قانوني نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص، وروستاری)	10. د ټولنیز امنیت شمېره	
11. د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال)	12. د زیږون ځای (ایالت، مملکت یا بهرنی هیواد)	
13. پوستي پته (سرک او شمېره، ښار/ښارگوټی، ایالت، زیپ کوډ)		
3 برخه: د فرضي یا ادعا شوي جنیتیکي والدینو معلومات څه ډول چې د والدین والي د انکار په فورمه (DOP) کې ښکاري (که د پلي کېدو وړ وي)		
14. د والدینو اوسنی قانوني نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص، وروستاری)	15. د ټولنیز امنیت نمبر	
16. د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال)	17. د پرون ځای (ایالت، مملکت یا بهرنی هیواد)	
18. پوستي پته (سرک او شمېره، ښار/ښارگوټی، ایالت، زیپ کوډ)		

4 برخه. د یوه لوري د فسخه کولو معلومات

<p>د فسخه کېدونکي لوري بیانيه: زه پوهیږم چې دغه قانوني سند د والدین والي داوطلبانه اعتراف فورمي په وسیله د والدینو او ماشوم تر منځ د قانوني رامنځته شوي اړیکې د فسخه کولو لپاره کارول کېږي چې د Vermont روغتیا څانګې د حیاتي سوابقو له دفتر سره ډکه شوي ده. دغه فورمه باید بشپړه شي او د اعتراف یا انکار د نفاذ د نېټې تر 60 ورځې مخکې او په ماشوم پورې اړوند د والدین والي تر قضاوت کولو مخکې د حیاتي سوابقو دفتر ته سپارل کېږي. زه پوهیږم چې ټولې خواوې چې VOP او DOP یې لاسلیک کړی (لاسلیکونکي) که امکان ولري، باید له دې پروسې خبر شي.</p> <p>زه د والدین والي د اعتراف داوطلبانه فورمه فسخه کوم. <input type="radio"/></p> <p>زه د والدین والي د انکار فورمه فسخه کوم. <input type="radio"/></p>		
د لاسلیک کېدو نېټه (کال\ورځ\مياشت)	د فسخه کوونکي لوري لاسلیک	فسخه کېدونکي لوري
د لاسلیک کېدو نېټه (کال\ورځ\مياشت)	د شاهد لاسلیک	شاهد
Vital Records Office Use Only (Keep this section in English)		
<p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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:</p> <p><input type="checkbox"/> The parent listed on the VAP, and DOP if applicable, on (mm/dd/yyyy) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> The parent listed on the VAP on (mm/dd/yyyy) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> The presumed or alleged genetic parent listed on the DOP on (mm/dd/yyyy) _____.</p>		

Vital Records Office Use Only (English)

Date Received (English):