

Voluntary Acknowledgment of Parentage (VAP)

Veillez taper ou écrire clairement. Lisez toutes les informations fournies avant de signer. Signez devant un témoin et assurez-vous que le témoin signe dans les deux espaces au verso de ce formulaire.

Enfant	1. Nom complet de l'enfant (prénom, second prénom, nom de famille, suffixe)		2. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	
	3. Lieu de naissance de l'enfant	Ville/village	Comté	État
Parent	4. Nom légal actuel (prénom, second prénom, nom de famille, suffixe)		5. Numéro de sécurité sociale	
	6. Date de naissance (mm/jj/aaaa)		7. Lieu de naissance (état, territoire ou pays étranger)	
	8. Adresse postale (rue et numéro, ville/village, état, code postal)			
Parent biologique	9. Nom légal actuel (prénom, second prénom, nom de famille, suffixe)		10. Numéro de sécurité sociale	
	11. Date de naissance (mm/jj/aaaa)		12. Lieu de naissance (État, territoire ou pays étranger)	
	13 Adresse postale (rue et numéro, ville/village, état, code postal)			

Informations concernant tout autre parent

L'enfant a-t-il un autre parent/parent éventuel* autre que les deux parents mentionnés sur cette formulaire? Oui Non

Si vous avez répondu oui, indiquez le nom de l'autre parent ci-dessous et expliquez les circonstances.

* Si quelqu'un d'autre est un parent présumé en vertu de la loi, il doit déposer un Déni de filiation au moment où vous déposez votre VAP. Voir dcf.vermont.gov/ocs/services/parentage/definitions.

Vital Records Office Use Only (English): Date received (English) : _____

Nom complet de l'enfant
(prénom, second prénom, nom de famille, suffixe)

Date de naissance (mm/jj/aaaa)

Déclarations de reconnaissance volontaire

Les deux parents DOIVENT apposer leurs initiales sur chacune des déclarations ci-dessous.

Initiales du parent	Initiales du parent	JE COMPRENDS QUE :
		Nous avons le droit de parler à un avocat (seul ou ensemble) avant de signer.
		Une fois que nous aurons signé, nous serons légalement responsables du soutien financier de cet enfant.
		Une fois que nous aurons tous deux reconnu nos droits parentaux, l'un d'entre nous ou le Bureau pour enfants des pensions alimentaires peut déposer une requête en vue de l'établissement d'une pension alimentaire pour l'enfant.
		Nous pouvons annuler (<i>retirer</i>) ce VAP — jusqu'à 60 jours à compter de la date à laquelle il a été déposé et accepté — en déposant un formulaire d'annulation auprès du Office of Vital Records.
		Une fois les 60 jours écoulés, nous devons aller le tribunal pour annuler (retirer) ou contester ce VAP. Il en va de même pour un déni de filiation (DOP).
		Une VAP signée équivaut à une décision judiciaire de la filiation et une contestation n'est autorisée que dans des circonstances limitées.
		Les modifications futures apportées à de ce formulaire n'affecteront pas les VAP valides.

SIGNATURES des parents et témoins	En signant ci-dessous, nous certifions que:	
	<ul style="list-style-type: none">• Les informations que nous avons fournies sur ce formulaire sont correctes au meilleur de nos connaissances.• Nous signons volontairement, sans être soumis à la force, aux menaces ou à la coercition.• Nous avons lu et compris les informations fournies.• Nous comprenons les conséquences juridiques de notre signature..	
	Signature du parent biologique	Date de signature (mm/jj/aaaa)
	TÉMOIN	Date de signature (mm/jj/aaaa)
	Signature du parent	Date de signature (mm/jj/aaaa)
TÉMOIN	Date de signature (mm/jj/aaaa)	

Envoyez votre PAV dûment rempli à:
Office of Vital Records
Département de la santé du Vermont
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070

Appelez le 1-800-786-3214 si vous avez des questions:
Le personnel du Bureau des pensions alimentaires pour enfants peut vous expliquer:

- Ce que signifie la signature de ce formulaire
- Les différents moyens d'établir la filiation