

Hủy Bỏ hoặc Loại Bỏ Quyền Tự nguyện Thừa Nhận hoặc Từ Chối Quan Hệ Huyết Thống

Vui lòng đánh máy hoặc in rõ ràng.

Phần 1. Thông tin của trẻ được điền trong biểu mẫu Tự nguyện Thừa Nhận Quan Hệ Huyết Thống (VAP)		
Trẻ	1. Tên của Trẻ (Tên, Tên Đệm, Họ, Tên Hậu Tố)	2. Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)
	3. Thành Phố hoặc Thị Trấn, Quận và Tiểu Bang Nơi Sinh	
Phần 2. Thông tin của phụ huynh được điền trong biểu mẫu Tự nguyện Thừa Nhận Quan Hệ Huyết Thống (VAP)		
Sinh Phụ Huynh	4. Tên Pháp Lý Hiện Tại của Phụ Huynh (Tên, Tên Đệm, Họ, Tên Hậu Tố)	5. Số An Sinh Xã Hội
	6. Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	7. Nơi Sinh (Tiểu Bang, Lãnh Thổ hoặc Quốc Gia Khác)
	8. Địa Chỉ Gửi Thư (Đường và Số Nhà, Thành Phố/Thị Trấn, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính)	
Phụ Huynh	9. Tên Pháp Lý Hiện Tại của Phụ Huynh (Tên, Tên Đệm, Họ, Tên Hậu Tố)	10. Số An Sinh Xã Hội
	11. Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	12. Nơi Sinh (Tiểu Bang, Lãnh Thổ hoặc Quốc Gia Khác)
	13. Địa Chỉ Gửi Thư (Đường và Số Nhà, Thành Phố/Thị Trấn, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính)	
Phần 3. Thông tin di truyền của phụ huynh được thừa nhận hoặc cáo buộc trong mẫu Từ Chối Quan Hệ Huyết Thống (nếu có)		
hoặc Phụ Huynh Di Truyền từ Bố Mẹ Thừa Nhận Cáo Buộc	14. Tên Pháp Lý Hiện Tại của Phụ Huynh (Tên, Tên Đệm, Họ, Tên Hậu Tố)	15. Số An Sinh Xã Hội
	16. Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	17. Nơi Sinh (Tiểu Bang, Lãnh Thổ hoặc Quốc Gia Khác)
	18. Địa Chỉ Gửi Thư (Đường và Số Nhà, Thành Phố/Thị Trấn, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính)	

Phần 4. Thông tin của bên từ chối

Tuyên Bố của Bên Từ Chối: Tôi hiểu rõ rằng văn bản pháp lý này được sử dụng để hủy bỏ mối quan hệ huyết thống giữa trẻ và phụ huynh được tạo bởi mẫu Tự Nguyện Thừa Nhận Quan Hệ Huyết Thống (VAP) đã nộp cho Văn Phòng Hồ Sơ Quan Trọng, Sở Y Tế Vermont. Mẫu này phải được hoàn thành và nộp cho Văn Phòng Hồ Sơ Quan Trọng trong vòng 60 ngày kể từ ngày hiệu lực của đơn thừa nhận hoặc từ chối và trước phiên tòa phân xử quan hệ huyết thống của đứa trẻ. Tôi hiểu rằng tất cả các bên ký tên trong VAP, và DOP nếu có thể, phải được thông báo về quá trình này.

Tôi đang hủy bỏ mẫu Tự Nguyện Thừa Nhận Quan Hệ Huyết Thống của mình.

Tôi đang hủy bỏ mẫu Từ Chối Quan Hệ Huyết Thống của mình.

Bên Từ Chối	Chữ ký của Bên Hủy	Ngày Ký (tháng/ngày/năm)
Nhân Chứng	Chữ ký của Nhân Chứng	Ngày Ký (tháng/ngày/năm)

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):

Tháng 3, 2019 _____