

## INFORMACIÓN DE APOYO PARA QUE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA EMITA UN ACUSE DE RECIBO Y CONFIRME QUE SE RECIBIERON LOS DOCUMENTOS DE LIBERACIÓN DEL NIÑO

**Instrucciones:** Prepare en duplicado; mantenga una copia; envíe el original al Departamento de Servicios Sociales de California. Si necesita espacio adicional, use la siguiente página.

### OFICINA (AGENCIA)

#### I. MENOR - NOMBRE (Incluya todos los alias, nombres que ha usado)

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)	SEXO:	LUGAR DE NACIMIENTO: (CIUDAD/ESTADO)	VERIFICADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
-----------	----------------	-----------------	------------------------------------	-------	--------------------------------------	--

ALIAS, OTROS NOMBRES QUE HA USADO:

#### II. PADRE(S) - NOMBRES (Incluya todos los alias, nombres que ha usado)

MADRE			PADRE BIOLÓGICO		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)			FECHA DE NACIMIENTO: (DÍA/MES/AÑO)		
ALIAS:	ALIAS:		ALIAS:	ALIAS:	
MADRE FALLECIDA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VERIFICADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		PADRE BIOLÓGICO FALLECIDO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VERIFICADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
FECHA DE FALLECIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)			FECHA DE FALLECIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)		

PRESUNTO PADRE			PRESUNTO PADRE BIOLÓGICO		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)			FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)		
ALIAS:	ALIAS:		ALIAS:	ALIAS:	
PRESUNTO PADRE FALLECIDO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VERIFICADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		PRESUNTO PADRE BIOLÓGICO FALLECIDO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VERIFICADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
FECHA DE FALLECIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)			FECHA DE FALLECIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)		

Nombre del esposo(s) Continúe en la siguiente página si es necesario	Matrimonio		Verificado		Situaciones que pusieron término - Mes, Día, Año				
	Mes	Día	Año	Sí	No	Disolución Final	Anulación	Fallecimiento del esposo	Verificado Sí No

#### IV. MARQUE SI ES PERTINENTE:

- La madre está viviendo con su esposo quien no es impotente ni estéril y quien se supone concluyentemente que es el padre de este menor de acuerdo a lo estipulado en la Sección 7540 del Código sobre Familias. Es por eso que no se tomó ninguna acción en contra de ningún presunto padre biológico.
- El padre sin lugar a dudas es el padre biológico de este menor ya que cumple con las estipulaciones de la Sección 7611(a), (b), (c), (d) o (e) del Código sobre Familias.
- El padre sin lugar a dudas es el padre de este menor ya que cumple con las estipulaciones de las Secciones 7573 y 7574 del Código sobre Familias ya que se completó y se presentó una declaración voluntaria de paternidad el 1º de enero de 1997, o después de esa fecha, y aparece identificado como el padre en la acta de nacimiento del menor.
- Se supone concluyentemente que el padre es el padre de este menor ya que cumple con las estipulaciones de la Sección 7576 del Código sobre Familias ya que completó y se presentó una declaración voluntaria de paternidad el 31 de diciembre de 1996, o antes de esa fecha, y aparece identificado en la acta de nacimiento del menor.
- Se alega que el hombre es el padre biológico de este menor.

APPROVED BY:	SIGNATURE AND TITLE:	DATE:
--------------	----------------------	-------

V. Marque la casilla pertinente para el padre/madre que presenta la renuncia, cede el derecho de recibir notificación, o niega la paternidad:

A. Padre/madre competente para firmar.	<input type="checkbox"/> Madre	Padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación <input type="checkbox"/> niega la paternidad
B. Padre/madre se encuentra bajo cuidado psiquiátrico. (hospitalizado o consulta externa)	<input type="checkbox"/> Madre	Padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación <input type="checkbox"/> niega la paternidad
Declaración adjunta del doctor que lo está tratando o lo supervisa. Anote la fecha del examen sobre el cual se basa la declaración.	<input type="checkbox"/> Madre	Padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación <input type="checkbox"/> niega la paternidad
	_____	_____	_____	_____
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
C. El padre/madre ha sido dado de alta de un hospital o de cuidado psiquiátrico. Anote la fecha de verificación que se dio de alta o que se terminó el cuidado.	<input type="checkbox"/> Madre	Padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación	Presunto padre biológico que <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> cede el derecho de recibir notificación <input type="checkbox"/> niega la paternidad
	_____	_____	_____	_____
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

VI. ¿Es el menor de descendencia indígena de los Estados Unidos?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", responda lo que sea pertinente de las siguientes: A, B, C.

- A. La Oficina de Asuntos Indígenas de los Estados Unidos (BIA) o tribus determinaron que el menor  está  no está sujeto a lo estipulado por el Decreto sobre el Bienestar de los Niños Indígenas de los Estados Unidos (ICWA).
- B. Respuesta al ICWA - 030, de parte del BIA o de las tribus, recibida en \_\_\_\_\_. (Adjunte una copia)  
Fecha
- O
- C. Correspondencia previa de la BIA recibida en \_\_\_\_\_. (Adjunte una copia)  
Fecha