CS-127 (8-18)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Child Support Services

GO TO FORM

ACKNOWLEDGMENT OF PATERNITY

En Español

READ ALL INSTRUCTIONS CAREFULLY AND REMOVE THIS PAGE BEFORE COMPLETION

The purpose of this form is to acknowledge paternity for a child born out of wedlock, in the state of Arizona. This Acknowledgment of Paternity IS NOT applicable if the mother of the child was married at the time of birth or was married at any time in the ten months immediately preceding such birth pursuant to A.R.S. § 25-814, unless accompanied by a Waiver of Paternity Affidavit.

COMPLETION

- Read the "Acknowledgment of Paternity" (CS-127) and the Notice of Alternatives, The legal Consequences and the Rights and Responsibilities.
- Only use **BLACK INK**. Colored inks **ARE NOT ACCEPTABLE**. Type or print all required information except where signatures are required. The Spanish translation on the last page is for reference only. Please complete the English side.
- **DO NOT MAKE CORRECTIONS ON THE FORM**. Forms with crossouts, erasures, alterations, etc., will invalidate the Acknowledgment. **DO NOT SUBMIT AN ACKNOWLEDGMENT CONTAINING SUCH CHANGES**. If you make a mistake, ask for a new form and begin again.
- **Fill in every blank or box on the form**. Incomplete or incorrect information may cause delays in the filing of the Acknowledgment.
- In cases of multiple births, a separate Acknowledgment for each child must be completed.
- **The Acknowledgment must be signed in the presence of a Witness or Notary Public.** Each parent must sign their name on all copies of the form and each signature must be witnessed or notarized. Each parent must show the Witness or Notary appropriate, valid identification. The parents should use their legal name only. Nicknames, shortened name, etc., SHOULD NOT be used. Your **Legal Name** is the one that appears on your birth certificate, or other official documents.
- If both parents cannot sign the Acknowledgment at the same time, use a separate Acknowledgment. When signing separate Acknowledgments the child's information should be identical on each form. All blanks must be completed and both Acknowledgments submitted together.
- If you are changing the child's name, **after 3 months of age only the last name of the child can be changed using this form.** Any other changes must be requested through the Office of Vital Records.
- If completing this Acknowledgment away from the hospital, remember to sign in the presence of a Notary Public or qualified Witness. A qualified Witness must be at least 18 years old and not related to either parent by blood or marriage. Notary Publics are listed in the telephone directory. **RETURN ALL PAGES (excluding completion instructions) OF THE ACKNOWLEDGMENT.** Mail the entire document to:

  DCSS Hospital Paternity Program – HPP
  PO BOX 64533
  Phoenix, AZ 85082

- If you require a copy of the birth certificate, mail your application monies, along with the birth certificate application, to the address listed on the birth certificate application. **DO NOT mail any monies to the Hospital Paternity Program.**

DEFINITIONS

DES - Department of Economic Security
DHS - Department of Health Services
DCSS - Division of Child Support Services

HOW WILL YOUR CHILD BENEFIT IF YOU SIGN THIS FORM?

- Every child has the right to know his or her mother and father and benefit from a relationship with both parents.
- Your child will have two legal parents.
- Your child has a right to financial support from both parents.
- It will be easier for your child to learn the medical histories of both parents and to benefit from health care coverage available to you.
- It will be easier for your child to inherit through you and receive benefits such as dependent or survivor's benefits from Veterans Affairs or the Social Security Administration

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES esta disponible a solicitud del cliente.

Formulario en Español

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

ACKNOWLEDGMENT OF PATERNITY

NO.

Clear the Form

PLEASE PRINT CLEARLY. Complete in BLACK INK. DO NOT ALTER, LEGAL DOCUMENT

CHILD'S INFORMATION

CHILD'S NAME (First, Middle, Last, Suffix) AS IT APPEARS ON THE BIRTH CERTIFICATE _____

BIRTHDATE (MM/DD/YY) _____ ☐ MALE ☐ FEMALE PLACE OF BIRTH CITY _____

COUNTY _____ STATE _____ HOSPITAL _____

HOW YOU WANT THE CHILD'S NAME TO APPEAR ON THE BIRTH CERTIFICATE

IF THE CHILD'S NAME HAS NOT CHANGED, PLEASE PRINT THE CHILD'S NAME AS IT APPEARS ON THE ORIGINAL BIRTH CERTIFICATE

FIRST _____ MIDDLE _____ LAST _____ SUFFIX (Jr., II) _____

MOTHER'S INFORMATION

FIRST NAME _____ MIDDLE NAME _____ LAST NAME _____ MAIDEN NAME _____

BIRTHDATE (MM/DD/YYYY) _____ SOC. SEC. NO. _____ AREA CODE AND PHONE NO. _____

PLACE OF BIRTH (City, State) _____ COUNTRY OF BIRTH _____

ADDRESS: *(Street, Apt. No., City, State, ZIP)* _____

EMPLOYER _____ OCCUPATION _____

FATHER'S INFORMATION

FIRST NAME _____ MIDDLE NAME _____ LAST NAME _____

BIRTHDATE (MM/DD/YYYY) _____ SOC. SEC. NO. _____ AREA CODE AND PHONE NO. _____

PLACE OF BIRTH (City, State) _____ COUNTRY OF BIRTH _____

ADDRESS: *(Street, Apt. No., City, State, ZIP)* _____

EMPLOYER _____ OCCUPATION _____

☐ The mother was **legally married** at the time of conception and/or birth of the child.

☐ A court order or decree of dissolution which rebuts paternity is attached.

☐ A Waiver of Paternity Affidavit completed by the present/former husband is attached.

This Acknowledgment is being signed voluntarily with no threat or harm or duress. I have received written and oral notice and have read the NOTICE OF ALTERNATIVES, THE LEGAL CONSEQUENCES AND RIGHTS AND RESPONSIBILITIES. I understand my alternatives, the legal consequences and the rights and responsibilities. I swear and affirm under penalty of perjury pursuant to A.R.S. §13-2702 that this application and any accompanying documents have been examined by me and to the best of my knowledge and belief are true and correct.

_____ _____
SIGNATURE OF MOTHER (Sign only in presence of Witness) DATE (MM/DD/YY

_____ _____
SIGNATURE OF FATHER (Sign only in presence of Witness) DATE (MM/DD/YY)

SIGNATURE OF WITNESS (TO BE COMPLETED BY THE *[Check one]:*

☐ HOSPITAL ☐ GOVERNMENT AGENCY ☐ OTHER)

SIGNATURE OF WITNESS (TO BE COMPLETED BY THE *[Check one]:*

☐ HOSPITAL ☐ GOVERNMENT AGENCY ☐ OTHER)

WITNESS MUST BE AT LEAST 18 YEARS OF AGE AND NOT RELATED BY BLOOD OR MARRIAGE.

PRINTED NAME OF WITNESS _____

ADDRESS _____

ADDRESS _____

PRINTED NAME OF WITNESS _____

ADDRESS _____

ADDRESS _____

NOTARY SECTION

TO BE COMPLETED BY A NOTARY PUBLIC ONLY IF NOT WITNESSED ABOVE

State of Arizona, County of _____
Subscribed and sworn or affirmed before me

this _____ day of _____ , _____

NOTARY PUBLIC _____

PLACE NOTARY SEAL HERE

My Commission expires _____

State of Arizona, County of _____
Subscribed and sworn or affirmed before me

this _____ day of _____ , _____

NOTARY PUBLIC _____

PLACE NOTARY SEAL HERE

My Commission expires _____

☐ **Check this box if form completed at the hospital.**

ALL COPIES OF THIS DOCUMENT MUST HAVE ORIGINAL SIGNATURES

THIS ACKNOWLEDGMENT IS BEING SIGNED VOLUNTARILY WITH NO THREAT OR HARM OR DURESS

Paternity Date _____
For Office Use Only

B

NOTICE OF ALTERNATIVES, THE LEGAL CONSEQUENCES AND RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

PLEASE READ THIS INFORMATION CAREFULLY BEFORE YOU SIGN THE FORM

The purpose of this form is to acknowledge paternity for a child born out of wedlock.

We, the natural mother and natural father, declare that the information provided is true and correct. We acknowledge that the father named is the only possible father of the child named.
If the mother was married at any time in the ten months immediately preceding the birth or the child is born within ten months after the marriage is terminated by death, annulment, declaration of invalidity or dissolution of marriage or after the court enters a decree of legal separation, a Waiver of Paternity Affidavit must accompany this document pursuant to A.R.S. § 25-814.

I understand that if the current/former husband's location is unknown to the mother, the mother will be required to apply for IV-D Services and The Division of Child Support Services will attempt to locate the current/former husband.
I understand that by signing this acknowledgment we are giving up our right to a court hearing to determine paternity as well as the right to have genetic testing done to determine the parentage of this child.

I further understand we may have a right to rescind or challenge this acknowledgment as outlined in A.R.S. § 25-812.

I understand the signing of this acknowledgment will result in the legal determination of paternity.

I understand that upon the determination of paternity, both parents have a legal obligation to support their child pursuant to A.R.S. § 25-501 as well as other duties imposed by Arizona law.

I understand this paternity determination is not a custody order but provides a basis for determining issues related to custody and visitation and affords the parents all rights and responsibilities provided by Arizona law.

I understand that either parent has a right to cancel the Acknowledgment of Paternity by completing an Affidavit of Paternity Rescission within 60 days from the date of the last witnessed/notarized signature on the Acknowledgment and sending it to the Hospital Paternity Program pursuant to A.R.S. § 25-812. I have read the information provided and received oral notification of our rights and responsibilities by either speaking to staff, viewing a paternity video or phoning 1-800-485-6908.

A voluntary Acknowledgment of Paternity filed with The Department of Economic Security or The Department of Health Services has the same force and effect as a Superior Court judgment pursuant to A.R.S. § 25-812.

I further declare this statement to be made for recording with the Clerk of the Superior Court, the Department of Economic Security or the Department of Health Services pursuant to A.R.S. § 25-812 and hereby consent and request that the birth certificate be amended to show the father's name and to show the child's name as requested on the front of the Acknowledgment of Paternity. Please note: Any questions regarding name changes should be directed to the Arizona Department of Health Services, Office of Vital Records at (602) 364-1300.

I understand that if it is deemed appropriate by DES, this acknowledgment may be used to obtain a paternity order in any Arizona county having venue.

I understand that I am required to provide my Social Security Number pursuant to 42 USC § 652(a)(7) and 666(a)(5)(IV). DES/DCSS will use this information to establish paternity and if appropriate, to establish and enforce a child support order.
I swear or affirm under penalty of perjury pursuant to A.R.S. § 13-2702 that this application and/or accompanying documents have been examined by me and to the best of my knowledge and belief are true and correct.

WHAT DOES IT MEAN IF YOU SIGN THIS FORM?

By signing this Acknowledgment of Paternity you are legally establishing your child's paternity. Paternity means legal fatherhood.

Signing this form is voluntary. You should not sign this form if you have been threatened or coerced.

This Acknowledgment does not automatically give the father visitation or custody rights, but he may use it to ask the Court for them.

Either parent can rescind this form within 60 days of the last signature on the form by signing an Affidavit of Paternity Rescission (CS-258). To request an Affidavit of Paternity Rescission, contact the Hospital Paternity Program at 1-800-485-6908.

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Office of Vital Records

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING THE FATHER LISTED ON THE ACKNOWLEDGMENT OF PATERNITY (for birth certificate processing purposes)

The Arizona Department of Health Services' Office of Vital Records is required to collect and report data to the Department of Health and Human Services' National Center for Health Statistics (NCHS). Please complete the data below in order to capture this information for statistical purposes. Thank you in advance for completing this information.

CHILD'S NAME (First, Middle, Last, Suffix) _____ BIRTHDATE _____

MOTHER'S NAME (Last, First, M.I.) _____ FATHER'S NAME (Last, First, M.I.) _____

FATHER'S EDUCATION (Check One)

What is the highest level of schooling you will have completed at the time of the child's delivery? Check one of the following boxes that best describes your education. If you are currently enrolled, check the box that indicates the previous grade or highest degree received.

- ☐ 8th grade or less
- ☐ 9th – 12th grade, no diploma
- ☐ High school graduate or GED completed
- ☐ Some college credit, but no degree
- ☐ Associate degree (e.g. AA, AS)
- ☐ Bachelor's degree (e.g. BA, AB, BS)
- ☐ Master's degree (e.g. MA, MS MEng, Med, MSW, MBA)
- ☐ Doctorate degree (e.g. PhD, EdD) or Professional degree (e.g. MD, DDS, DVM, LLB, JD)

FATHER'S RACE (Check All That Apply)

- ☐ White
- ☐ Black, African American
- ☐ American Indian or Alaska Native (*see list below)
  - Primary or Enrolled tribe: _____
  - Additional Tribe: _____
  - Additional Tribe: _____
  - Additional Tribe: _____
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Other Asian
  - Specify: _____
  - Specify: _____
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
  - Specify: _____
  - Specify: _____
- ☐ Other
  - Specify: _____
  - Specify: _____

☐ Unknown ☐ Refused ☐ Not Obtainable

*Please select the appropriate Arizona tribe(s) the father is affiliated with from the list provided below and print the tribe name in the space(s) provided above. If the father is affiliated with a non-Arizona tribe, please write "other" in the space provided or print the name of the non-Arizona tribe.

Ak Chin Indian Community
Camp Verde Yavapai Apache
Cocopah Tribe
Colorado River Indian Tribes
Fort Mohave Tribe
Ft. McDowell Mohave-Apache Community Gila River Indian Community
(Pima) Havasupai Tribe
Hopi Tribe
Hualapai Tribe
Kaibab Band of Paiute Indian
Navajo Tribe
Pascua Yaqui
Prescott Yavapai Indian Community Quechan Tribe
Salt River Indian Community (Pima)
San Carlos Apache Tribe
San Juan Southern Paiute Band
Tohono O'Odham Tribe (Papago)
Tonto Apache
White Mountain Apache Tribe (Fort Apache)

FATHER'S HISPANIC ORIGIN (Check One)

- ☐ No, not Spanish, Hispanic or Latino
- ☐ Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
- ☐ Yes, Puerto Rican
- ☐ Yes, Cuban
- ☐ Yes, other Spanish/Hispanic/Latina (e.g. Spaniard, Salvadoran, Dominican, Columbian)
  - Specify: _____
  - Specify: _____

☐ Unknown ☐ Refused ☐ Not Obtainable

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Child Support Services (División de Servicio de Sustento para Menores)

RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD

LEA DETENIDAMENTE TODAS LAS INSTRUCCIONES Y DESPRENDA ESTA HOJA ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

El propósito de este formulario es reconocer paternidad para un niño nacido a una madre soltera, en el estado de Arizona. Conforme a A.R.S. §25-814(b), este Reconocimiento de Paternidad **NO ES** aplicable si la madre del niño estuvo casada cuando nació el niño o en cualquier momento durante los diez meses inmediatamente anteriores al nacimiento del niño, salvo que cuando esté acompañado por una Renuncia de Afidávit de Paternidad.

PARA LLENAR EL FORMULARIO

- Lea el "Reconocimiento de Paternidad" (CS-127) y el Aviso de Alternativos, "las Consecuencias legales" y "los Derechos y Responsabilidades'
- Use sólo **TINTA NEGRA. NO SE ACEPTARÁ** tintas en colores. Escriba a máquina o con letra de molde toda la información requerida excepto donde haya que firmar. La traducción al español en la última página es **sólo para referencia**; sírvase llenar el lado en **inglés.**
- **NO HAGA CORRECCIONES EN EL FORMULARIO**. Formularios con tachones, borraduras, alteraciones etc. invalidarán el Reconocimiento. **NO PRESENTE UN RECONOCIMIENTO QUE CONTENGA TALES MODIFICACIONES**. Si comete un error, pida otro formulario y empiece de nuevo.
- **Llene cada uno de los espacios o cajas del formulario**. La información incompleta o incorrecta puede causar demoras en el registro del Reconocimiento.
- En casos de nacimientos múltiples hay que llenar un Reconocimiento individual para cada niño.
- **El reconocimiento se habrá de firmar ante un testigo o notario público.** La madre y el padre tienen que firmar sus nombres en todas las copias del formulario y cada una de las firmas tiene que ser certificadas ante un testigo o notario público. La madre y el padre tienen que mostrar identificación apropiada y válida al testigo o notario. Ambos padres deberán utilizar solamente sus **nombres legales**. NO SE PODRÁ utilizar apodos, nombres acortados, etc. Su **nombre legal** es el que aparece en su certificado de nacimiento u otros documentos oficiales.
- Si ambos padres no pueden firmar el Reconocimiento a la vez, use Reconocimientos separados. Cuando firmen Reconocimientos separados, la información sobre el niño tiene que ser idéntica en ambos formularios. Todos los espacios se tienen que llenar, y presentarse ambos Reconocimientos simultáneamente.
- Si usted va a cambiar el nombre del niño, **después de los 3 meses de edad se puede cambiar solamente el apellido del niño usando este formulario.** Se debe pedir cualquier otro cambio por la oficina de estadísticas demográficas
- Si llenan este Reconocimiento fuera del hospital, recuerde certificar las firmas ante un notario público o un testigo calificado. Un testigo calificado tiene que tener por lo menos 18 años de edad y no tener parentesco sanguíneo o por matrimonio con ninguno de los padres. Los notarios públicos están listados en el directorio telefónico. **DEVUELVA TODAS LAS PÁGINAS DEL RECONOCIMIENTO (excepto las instrucciones para llenarlo).** Envíe el documento completo a:

DCSS Hospital Paternity Program – HPP
PO BOX 64533
Phoenix, AZ 85082

- Si requiere una copia del certificado de nacimiento, envíe su dinero de solicitud, también con la solicitud por certificado de nacimiento, a la dirección listada en la solicitud por certificado de nacimiento. **NO envíe ningún dinero al Programa de Paternidad en los Hospitales.**

DEFINICIONES

DES - Departamento de Seguridad Económica
DHS - Departamento de Servicios de Salud
DCSS - División de Servicio de Sustento para Menores

¿CÓMO SE APROVECHARÁ SU HIJO SI USTED FIRME ESTE FORMULARIO?

- Cada niño tiene derecho de conocer a su madre y padre y sacar provecho de una relación con ambos padres.
- Su hijo tendrá tanto una madre como un padre legal.
- Su hijo tiene derecho de asistencia financiera de ambos padres.
- Será más fácil para su hijo obtener las historias médicas de ambos padres y aprovecharse la cobertura médica disponible a usted.
- Será más fácil para su hijo heredar a través de usted y recibir beneficios tales como beneficios para dependientes o sobrevivientes de la Administración de Veteranos o la Administración de Seguro Social.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Free language assistance for DES services is available upon request

Form in English

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD

NÚM. Remueva el Formulario

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE. Llene con TINTA NEGRA. NO ALTERE ESTE DOCUMENTO LEGAL

INFORMACIÓN DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO (Primer nombre, segundo, apellido, sufijo) COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO _____

FECHA DE NACIMIENTO (Mes/día/año) _____ ☐ MALE ☐ FEMALE LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD _____

CONDADO _____ ESTADO _____ HOSPITAL _____

CÓMO DESEA QUE APAREZCA EL NOMBRE DEL NIÑO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

SI EL NOMBRE DEL NIÑO NO HA CAMBIADO, ESCRIBA EL NOMBRE TAL COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ SUFIJO (Jr., II) _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ NOMBRE DE SOLTERA _____

FECHA DE NACIMIENTO (Mes/día/año) _____ NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ CÓDIGO DE ÁREA Y TELÉFONO _____

LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad, estado) _____ PAÍS DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO (Calle, núm. de apartamento, ciudad, estado, código postal ZIP) _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO (Mes/día/año) _____ NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ CÓDIGO DE ÁREA Y TELÉFONO _____

LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad, estado) _____ PAÍS DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO (Calle, núm. de apartamento, ciudad, estado, código postal ZIP) _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____

☐ La madre estaba casada legalmente al momento de la concepción/el nacimiento del niño.

☐ Adjunto hay una orden del tribunal o decreto de disolución que refuta la paternidad.

☐ Adjunto hay una renuncia de Affidávit de Paternidad llenado por del esposo actual/anterior.

Este Reconocimiento de Paternidad se firma voluntariamente, sin amenaza, ni perjuicio ni por coacción. He recibido aviso escrito y verbal, y he leído el AVISO DE LAS OPCIONES, LAS CONSECUENCIAS LEGALES Y LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES. Comprendo mis opciones, las consecuencias legales y los derechos y las responsabilidades. Juro y afirmo bajo pena de perjurio conforme a A.R.S. §13-2702 que he examinado esta solicitud y todos los documentos adjuntos y que según mi leal entender y saber, son ciertos y correctos.

NO FIRME AQUÍ

_____ _____ _____ _____

FIRMA DE LA MADRE (Firma solamente en presencia de un Testigo) — FECHA (Mes/día/año)

FIRMA DEL PADRE (Firma solamente en presencia de un Testigo) — FECHA (Mes/día/año)

INVALIDO PARA REGISTRO

FIRMA DEL TESTIGO (SERÁ LLENADO POR [Marque uno] :

☐ HOSPITAL ☐ AGENCIA GUBERNAMENTAL ☐ OTRO)

FIRMA DEL TESTIGO (SERÁ LLENADO POR [Marque uno] :

☐ HOSPITAL ☐ AGENCIA GUBERNAMENTAL ☐ OTRO)

EL TESTIGO HABRÁ DE TENER POR LO MENOS 18 AÑOS DE EDAD Y NO TENER PARENTESCO SANGUÍNEO NI POR MATRIMONIO.

NOMBRE DEL TESTIGO CON LETRA DE MOLDE _____

DIRECCIÓN _____

DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL TESTIGO CON LETRA DE MOLDE _____

DIRECCIÓN _____

DIRECCIÓN _____

---------- SECCIÓN PARA EL NOTARIO ----------

LA LLENARÁ UN NOTARIO PÚBLICO SOLAMENTE EN AUSENCIA DE TESTIGOS ARRIBA

Estado de Arizona, condado _____

Subscrito y jurado o afirmado ante mí

este _____ día de _____ , _____

NOTARIO PÚBLICO _____

SELLO DEL NOTARIO AQUÍ

Mi comisión termina _____

Estado de Arizona, condado _____

Subscrito y jurado o afirmado ante mí

este _____ día de _____ , _____

NOTARIO PÚBLICO _____

SELLO DEL NOTARIO AQUÍ

Mi comisión termina _____

☐ **Marque esta cajita se llenó el formulario en el hospital.**

Fecha de paternidad _____

Sólo para uso de oficina

TODAS LAS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN TENER FIRMAS ORIGINALES.

ESTE DOCUMENTO DE PATERNIDAD SE FIRMA VOLUNTARIAMENTE, SIN AMENAZA, PERJUICION NI COACCIÓN

SÓLO PARA EJEMPLO

AVISO DE LAS OPCIONES, LAS CONSECUENCIAS LEGALES, LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES

LEA ESTA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR EL FORMULARIO

El propósito de este formulario es reconocer paternidad para un niño nacido a una madre soltera.

Nosotros, la madre biológica y el padre biológico, declaramos que la información provista es cierta y correcta. Reconocemos que el padre nombrado es el único padre posible del niño nombrado.

Si la madre del niño estuvo casada en cualquier momento durante los 10 meses inmediatamente anteriores al nacimiento del niño o si el nacimiento del niño ocurrió dentro de 10 meses de haber terminado el matrimonio por causa de muerte, anulación, declaración de invalidez o disolución del matrimonio, o después que el tribunal haya registrado un decreto de separación legal. Según A.R.S. § 25-814, una Renuncia de Affidávit de Paternidad debe acompañar este documento.

Entiendo que si la madre no sabe el paradero del esposo actual/anterior, la madre tendrá que solicitar servicios de IV-D y la División de Servicio de Sustento para Menores intentará localizar al esposo actual/anterior.

Entiendo que al firmar este reconocimiento cedemos nuestro derecho de una audiencia para determinar paternidad ante un tribunal, así como nuestro derecho de pruebas genéticas para determinar la paternidad para este niño.

Entiendo además que quizá tengamos derecho de rescindir o recusar este reconocimiento conforme a A.R.S. § 25-812.

Entiendo que el firmar este reconocimiento resultará en la determinación legal de la paternidad.

Entiendo que al determinar la paternidad, ambos padres tienen una obligación legal de mantener a su hijo conforme a A.R.S. § 25-501, así como otras obligaciones impuestas por la ley de Arizona.

Entiendo que esta determinación de paternidad no es una orden de custodia pero sirve como base para determinar asuntos relacionados con la custodia y las visitas, y proporciona a los padres todos los derechos y responsabilidades provistos por la ley de Arizona.

Entiendo que cualquiera de los padres tiene derecho de cancelar el Reconocimiento de Paternidad llenando un Afidávit de Rescisión de Paternidad dentro de 60 días desde la fecha de la última firma preparada ante un testigo/notario público en el Reconocimiento, y enviándolo al Programa de Paternidad en Hospitales conforme a A.R.S. § 25-812. He leído la información provista y recibido aviso verbal de nuestros derechos y responsabilidades bien por hablar con el personal, o por ver un video sobre la paternidad, o por llamar al 1-800-485-6908.

Un Reconocimiento de Paternidad voluntario registrado con el Departamento de Seguridad Económica o el Departamento de Servicios de Salud tiene el mismo peso y efecto como un fallo del Tribunal Superior conforme a A.R.S. § 25-812.

Declaro además que esta declaración sea hecha para ser registrada con el Secretario del Tribunal Superior, el Departamento de Seguridad Económica o el Departamento de Servicios de Salud conforme a A.R.S. § 25-812, y por este acto consiento y pido que se enmiende el certificado de nacimiento para reflejar el nombre del padre y el nombre del niño tal como sea pedido en el frente del Reconocimiento de Paternidad. Note por favor: Cualquier pregunta relacionada con cambiar el nombre se deberá dirigir al Departamento de Servicios de Salud, Oficina de Estadísticas Demográficas.

Entiendo que si DES lo estima apropiado, este reconocimiento se podrá utilizar para obtener una orden de paternidad en cualquier condado con jurisdicción en Arizona.

Entiendo que conforme a 42 USC § 652(a) (7) y 666(a) (5) (IV) debo proporcionar mi número de Seguro Social. DES/DCSS utilizará esta información para establecer paternidad y, si es apropiado, para establecer y hacer cumplir una orden de alimentos para menores.

Juro o afirmo bajo pena de perjurio conforme a A.R.S. § 13-2702 que he examinado esta solicitud y/o los documentos adjuntos y que según mi mejor saber y entender son ciertos y correctos.

¿QUÉ SIGNIFICA SI YO FIRME ESTE FORMULARIO?

Mediante su firma en este Reconocimiento de Paternidad usted legalmente establece la paternidad de su niño. La paternidad significa que usted es el padre legal del niño.

El firmar este formulario es voluntario. Usted no debe firmar este formulario si le han amenazado o coaccionado.

Este Reconocimiento no le otorga automáticamente al padre los derechos de custodia o visitas, pero él puede utilizarlo para pedir esos derechos en el tribunal.

Cualquiera de los padres puede rescindir este formulario dentro de 60 días de la última firma en el formulario firmando un Afidávit de Rescisión de Paternidad (CS-258). Comuníquese con el Programa de Paternidad en Hospitales al 1-800-485-6908 si desea un Afidávit de Rescisión de Paternidad.

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
(Departamento de Sanidad de Arizona)
Office of Vital Records (Oficina de Registro Civil)

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PADRE QUE FIGURA EN EL RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD (para el trámite de partida de nacimiento)

La Oficina de Registro Civil del Departamento de Sanidad de Arizona tiene la obligación de recabar y transmitir la información al Centro Nacional de Estadísticas de Sanidad del Departamento de Sanidad y Servicios Humanitarios (NCHS por sus siglas en inglés). Por favor proporcione los datos que se solicitan a continuación, los que se recaban con fines estadísticos. Gracias de antemano por proporcionar la información.

NOMBRE DEL NIÑO (apellido, nombre, sufijo) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NOMBRE DEL PADRE _____
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

EDUCACIÓN DEL PADRE (marque una)

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted obtuvo al momento del nacimiento del niño? Marque una de las casillas que mejor describa su educación. Si en la actualidad usted está matriculado, marque la casilla que indica el grado anterior o el título más alto obtenido.

- ☐ 8.avo grado o menos
- ☐ 9.no – 12.avo grado, no diploma
- ☐ Graduado de bachillerato o certificado de GED
- ☐ Algunos créditos de educación superior, pero sin título
- ☐ Diploma por dos años de estudios superiores (ej. AA, AS)
- ☐ Licenciatura (ej. BA, AB, BS)
- ☐ Maestría (ej. MA, MS MEng, Med, MSW, MBA)
- ☐ Doctorado (ej. PhD, EdD) o Profesional (ej. MD, DDS, DVM, LLB, JD)

RAZA DEL PADRE (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Blanco
- ☐ Negro, afroestadounidense
- ☐ Amerindio o nativo de Alaska (*vea la lista a continuación)

  Tribu principal o inscrita: _____

  Tribu adicional: _____

  Tribu adicional: _____

  Tribu adicional: _____
- ☐ Indio asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Otros asiáticos

  Especifique: _____

  Especifique: _____
- ☐ Hawaiano
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Samoano
- ☐ Otros isleños de la Polinesia

  Especifique: _____

  Especifique: _____
- ☐ Otros

  Especifique: _____

  Especifique: _____

☐ Desconocido ☐ Rehúsa ☐ No se puede obtener

*Por favor, seleccione de la siguiente lista la(s) tribu(s) apropiada(s) de Arizona con la(s) que el padre tiene afiliación y escriba el nombre de la tribu en el espacio que se da a continuación. Si el padre tiene afiliación a una tribu que no es de Arizona, por favor escriba "otros" en el espacio correspondiente o el nombre de la tribu que no pertenece a Arizona.

Comunidad Indígena Ak Chin
Camp Verde Yavapai Apache
Tribu Cocopah
Tribus Indígenas de Colorado River
Tribu Fort Mohave
Comunidad Mohave-Apache Ft. McDowell
Comunidad Indígena Gila River (Pima)
Tribu Havasupai
Tribu Hopi
Tribu Hualapai
Kaibab Band de Indígenas Paiute
Tribu Navajo
Pascua Yaqui
Comunidad Indígena Prescott Yavapai
Tribu Quechan
Comunidad Indígena Salt River (Pima)
Tribu San Carlos Apache
San Juan Southern Paiute Band
Tribu Tohono O'Odham (Papago)
Tonto Apache
Tribu White Mountain Apache (Fort Apache)

ORIGEN HISPÁNICO DEL PADRE (marque uno)

- ☐ No, no soy español, hispánico o latino
- ☐ Sí, soy mejicano, mejicano americano, chicano
- ☐ Sí, soy portorriqueño
- ☐ Sí, soy cubano
- ☐ Sí, soy otro español/hispánico/latino (ej. español, salvadoreño, dominicano, colombiano)

  Especifique: _____

  Especifique: _____

☐ Desconocido ☐ Rehúsa ☐ No se puede obtener