

DECLARACIÓN CON RESPECTO AL DECRETO DE INFORMACIÓN SOBRE ADOPCIONES

Instrucciones:

1. Sección A – Debe ser completada por la oficina de distrito del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), oficina/agencia certificada de adopción pública o privada o el proveedor de servicios de adopciones (ASP).
2. Sección B – Debe ser completada y firmada por el padre/madre biológico y atestiguada por un representante autorizado de la oficina de adopciones de distrito de CDSS, oficina/agencia certificada de adopción pública o privada o el ASP.
3. Sección C – Debe ser completada por un notario público solamente si la Sección B no es firmada por un representante de la oficina de distrito del CDSS.
Debe ser completada y firmada ante un notario público cuando se firme fuera del Estado de California.
4. La original es para el expediente de la oficina de distrito del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones certificada pública o privada; la copia es para el padre/madre que firma esta forma.

SECCIÓN A.

	Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento del niño
Para el padre/madre que firma la renuncia <input type="checkbox"/>	Nombre y dirección de la oficina de adopciones de distrito del CDSS o agencia de adopciones certificada	
Para el padre/madre cuyo derecho paterno fue terminado por una orden judicial <input type="checkbox"/>	Nombre y dirección de la oficina de adopciones de distrito del CDSS o agencia de adopciones certificada	
Para el padre/madre que firma el consentimiento <input type="checkbox"/>	Departamento de Servicios Sociales de California, 744 P Street, M.S. 3-31, Sacramento, California 95814	

SECCIÓN B. Las Secciones 8702 y 8818 del Código sobre Familias requieren que se le proporcione a usted la siguiente información:

- (1) Es de óptimo beneficio para el niño, que usted, como padre/madre biológico, mantenga informado al CDSS o a la agencia de adopciones certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior, acerca de cualquier problema de salud que usted desarrolle, que pudiera afectar al niño.
- (2) Es sumamente importante que usted, como padre/madre biológico, mantenga informado al CDSS o a la agencia de adopción certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior, acerca de su dirección actual, para facilitar la respuesta a cualquier pregunta que se haga al CDSS o a la agencia de adopciones certificada con respecto a su historial médico o social.
- (3) La renuncia o consentimiento original se archivará en la oficina del actuario del condado (*county clerk*) en el condado en que se lleve a cabo la adopción. Estos no están abiertos para inspección por parte de ninguna persona, excepto las partes interesadas que participan en los procedimientos de adopción, sus abogados, y el CDSS, a menos que haya una orden del juez de la corte superior.
- (4) La Sección 9203 del Código sobre Familias autoriza a una persona que ha sido adoptada y que ha cumplido los 21 años de edad, a solicitar del CDSS, o de la agencia de adopciones certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior, que obtenga el nombre y dirección de su padre/madre biológico. Usted puede indicar si desea o no que se revelen de esa manera su nombre y dirección marcando la casilla apropiada en el número 6 a continuación.
- (5) Usted, como padre/madre biológico, en cualquier momento, puede cambiar su decisión acerca de revelar o no su nombre y dirección, enviando una carta certificada indicando lo que desea hacer al respecto. Esta carta deberá ser enviada por correo registrado, con acuse de recibo al CDSS, a la oficina de distrito del CDSS, o a la agencia de adopciones certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior.
- (6) Marque una de las siguientes casillas, indicando si desea o no que revelen a su hijo el nombre y dirección de usted de la manera en que se explica en la parte superior en el número 4.
 - Sí, deseo que revelen mi nombre y dirección.
 - NO, no deseo que revelen mi nombre y dirección.
 - NO ESTOY SEGURO(A) POR AHORA; EN UNA FECHA POSTERIOR NOTIFICARÉ A LA AGENCIA.

Firma del padre/madre biológico

Fecha

Firma del representante de la oficina de distrito del CDSS

Fecha

