

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**AVISO DE INTENCIÓN DE RECLAMAR LA PATERNIDAD DE
UN NIÑO NACIDO FUERA DE MATRIMONIO**

FECHA DE ENVÍO DEL AVISO: / /	SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA ONLY
----------------------------------	--

FECHA: / /

A: Putative Father Registry
New York State Office of Children and Family Services
Room 332, North Building
52 Washington Street,
Rensselaer, NY 12144

Esto es para informarle que tengo la intención de reclamar la paternidad del niño y registrar mi nombre en el registro como padre de:

NOMBRE DEL NIÑO (Letra de molde o a máquina):
FECHA DE NACIMIENTO: / /
LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO:
NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO:

Entiendo que debo mantener informado al registro sobre cualquier cambio de domicilio. Entiendo que de conformidad con la Sección 372-c de la Ley de Servicios Sociales, este aviso de intención de reclamar paternidad puede ser revocado en cualquier momento y me reservo el derecho a tal revocación.

SU NOMBRE (Letra de molde o a máquina):
DIRECCIÓN:
SU FIRMA:
FECHA DE LA FIRMA: / /