

## การสละสิทธิ์ในการเพิกถอนความยินยอมใน โปรแกรมการรับบุตรบุญธรรมแบบอิสระ

Original: Court Record  
Copy: Birth Parent  
Copy: Case Record

หมายเหตุสำหรับบิดามารดาผู้ให้กำเนิด: อย่าลงนามในแบบฟอร์มนี้เว้นแต่ท่านต้องการให้บิดามารดาที่จะรับบุตรบุญธรรมที่มีชื่อด้านล่างนี้รับบุตรของท่านเป็นบุตรบุญธรรม โดยการลงนามในแบบฟอร์มนี้ ท่านจะไม่มีสิทธิในการเพิกถอนข้อตกลงในการรับบุตรบุญธรรมแบบอิสระหรือยินยอมต่อการรับบุตรบุญธรรมที่ท่านได้ลงนามไว้แล้ว

ในวันที่ \_\_\_\_\_, ได้ลงนามในข้อตกลงการจัดการในการรับบุตรบุญธรรมแบบอิสระ หรือความยินยอมต่อการรับบุตรบุญธรรม ("ความยินยอม") ซึ่งข้าพเจ้าได้เห็นด้วยกับการรับบุตรของข้าพเจ้าเป็นบุตรบุญธรรม, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ชื่อของเด็กตามที่ระบุในหนังสือยินยอม

ซึ่งเกิดวันที่ \_\_\_\_\_, โดย \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ชื่อของผู้ยื่นคำร้อง/บิดามารดาที่จะรับบุตรบุญธรรม

ในการให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้แถลงว่า ข้าพเจ้าได้เข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจเพิกถอนความยินยอมได้ในระหว่างระยะเวลา 30 วันนับตั้งแต่วันที่ลงนามในหนังสือยินยอม

### บิดามารดาผู้ให้กำเนิดต้องลงชื่อย่อกำกับในข้อความต่อไปนี้

\_\_\_\_\_ ลงชื่อย่อ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า โดยการลงนามในแบบฟอร์มนี้ ข้าพเจ้ากำลังสละสิทธิ์ในการมีระยะเวลา 30 วัน และทำการให้ความยินยอมโดยถาวรและไม่สามารถเพิกถอนได้สำหรับการรับบุตรบุญธรรม

\_\_\_\_\_ ลงชื่อย่อ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า โดยการลงนามในแบบฟอร์มนี้ ข้าพเจ้าจะไม่สามารถมีอำนาจในการปกครองดูแลบุตรของข้าพเจ้า เว้นแต่ผู้ยื่นคำร้อง/บิดามารดาที่จะรับบุตรบุญธรรมตกลงที่จะถอนคำร้องขอรับบุตรบุญธรรมหรือศาลปฏิเสธคำร้องขอรับบุตรบุญธรรม

### บิดามารดาผู้ให้กำเนิดต้องลงชื่อย่อกำกับข้อความข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้:

\_\_\_\_\_ ลงชื่อย่อ หากลงนามต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศาล, ตัวแทนของกรมฯหรือเทศมณฑลที่ได้รับมอบอำนาจภายในรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการสละสิทธิ์นี้จะมีผลบังคับใช้ทันที

\_\_\_\_\_ ลงชื่อย่อ หากลงนามต่อหน้าของเจ้าหน้าที่ศาล, ผู้ให้บริการด้านการรับบุตรบุญธรรม (ASP) หรือตัวแทนของหน่วยงานรับบุตรบุญธรรมนอกรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการสละสิทธิ์นี้จะมีผลบังคับใช้ทันที

\_\_\_\_\_ ลงชื่อย่อ หากลงนามในแบบฟอร์มนี้ต่อหน้า ASP ภายในรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จนถึง \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_

ในวัน \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของวันทำการหลังการลงนามในแบบฟอร์มการสละสิทธิ์นี้ในการร้องขอเพิกถอนการสละสิทธิ์ หากข้าพเจ้าตัดสินใจที่จะเพิกถอนความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าต้องติดต่อ ASP โดยทางโทรศัพท์ที่ ( ) \_\_\_\_\_.

ลายมือชื่อของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด

วันที่ลงนาม

- โปรดพลิกด้านหลัง -

