

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-052**

DATE

04/17/2006

<b>TO:</b> County Welfare Director Supply Clerk / Forms Coordinator	<b>FROM:</b> Forms Management Unit (916) 657-1907
<input type="checkbox"/> Community Care Licensing District Offices	<input type="checkbox"/> District Attorney
<input checked="" type="checkbox"/> Private and Public Adoption Agencies	<input type="checkbox"/> Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE AD 904A English & Spanish (3/06) - Waiver Of Rights To Confidentiality For Siblings

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 3/06	REPLACES 1/02	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> Other:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY <input type="checkbox"/> Use until exhausted	<input checked="" type="checkbox"/> Destroy
USE NEW FORM <input type="checkbox"/> When supply available in DSS Warehouse	<input checked="" type="checkbox"/> Use new form effective <u>3/06</u>
USE FORM IN ACCORDANCE WITH <input type="checkbox"/> All County Letter No.	<input type="checkbox"/> Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is a Master Only.

Attached is a Reproducible Copy - Print 8 1/2 x 11.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# WAIVER OF RIGHTS TO CONFIDENTIALITY FOR SIBLINGS

**Distribution Instructions:**

Original: Agency/Department  
 Copy: Person Signing

**PLEASE NOTE:**

- Please complete both sides of this form.
- This form must be witnessed by a representative of the California Department of Social Services (CDSS) or a California adoption agency licensed by CDSS, or notarized by a Notary Public.\*** If the signing of this form is witnessed by a CDSS or adoption agency representative, photo identification of the person signing must be obtained and noted on this form. **THIS FORM WILL BE RETURNED TO YOU IF IT IS NOT WITNESSED OR NOTARIZED.**
- If you are a non-adopted adult sibling, please attach a copy of your birth certificate.

**DESIGNATE ONE:**

- I am the  Adult Adoptee  
 (age 21 or older)
- Adult Sibling  
 (age 21 or older)

**PART A. To be completed by person signing consent**

**ADULT ADOPTEE:**

By signing this form, I voluntarily and knowingly waive my rights to the confidentiality of personal information known or contained in the files of CDSS or the licensed adoption agency and give my consent to CDSS or the licensed adoption agency to disclose my name and address to my adult sibling so he/she may contact me.

**ADULT SIBLING:**

By signing this form, I voluntarily and knowingly waive my rights to the confidentiality of personal information known or contained in the files of CDSS or the licensed adoption agency and give my consent to CDSS or the licensed adoption agency to disclose my name and address to my adopted sibling so that he/she may contact me.

I understand that the CDSS does not provide search services to locate adult adoptees or adult siblings and that each party must contact CDSS or the licensed adoption agency to request a Waiver of Rights to Confidentiality for Siblings (AD 904A) form.

I realize that both of the designated persons must sign a Waiver before CDSS or the licensed adoption agency may disclose identifying information and that signing this Waiver does not necessarily ensure that a contact will be made. I understand that the law prohibits CDSS or the licensed adoption agency from soliciting, directly or indirectly, the execution of such a Waiver. The sibling must also comply with all other provisions of Family Code Section 9205.

I certify that to the best of my knowledge, I am an adoptee or sibling of an adoptee. I understand that I should keep CDSS or the licensed adoption agency informed of my current name and address.

I understand I have the right to rescind this waiver at any time by notifying CDSS or the licensed adoption agency in writing.

NAME (PLEASE PRINT)			OTHER NAME(S) BY WHICH I HAVE BEEN KNOWN		
STREET ADDRESS		CITY	STATE	ZIP CODE	TELEPHONE NUMBER (     )
SIGNATURE			DATE		

**PART B. To be completed by a representative of CDSS or CA adoption agency. If Part B or C is completed, do not complete Part D.**

SIGNATURE OF CDSS/ADOPTION AGENCY REPRESENTATIVE		DATE	TELEPHONE NUMBER (     )
AGENCY/DEPARTMENT NAME		ADDRESS	

IDENTIFICATION OF ADULT ADOPTEE OR ADULT SIBLING (SPECIFY, I.E., DRIVER'S LICENSE, PASSPORT, ETC.)

**PART C.  Check if applicable. Notarized signature has been previously submitted to CDSS.**

**PART D. To be completed by a Notary Public ONLY if Part B or C is not completed.**

State of \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ )  
 County of \_\_\_\_\_ )

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, a Notary Public,

personally appeared \_\_\_\_\_, personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her authorized capacity, and that by his/her signature on the instrument the person, or the entity upon behalf of which the person acted, executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal.

\_\_\_\_\_  
 Signature (Seal)

**\*Definition of Notary Public:** A Notary Public is a public officer authorized by law to certify documents and to confirm your identity. Notaries may be located at most banks and credit unions or listed in the yellow pages of your local phone directory.

**PART E: Additional information needed regarding your adoption.**

In order to locate the correct adoption file, please assist us by completing the information below. If you do not know this information, please write unknown.

Adoptee's name, birth date, city and state of birth

All names used by the birth mother (include middle and maiden names) and name of birth father.

Full names of both adoptive parents

**What Happens to the Waiver?**

The waiver may be sent directly to the adoption agency which handled the adoption, if known, or to the Department's Central Office: California Department of Social Services, Adoptions Support Unit, 744 P Street, M.S. 3-31, Sacramento, CA 95814. If the adoption was an independent (private) adoption, the waiver will be acknowledged and placed in the adoption file. If the adoption was an agency adoption, the waiver will be returned to you with the name and address of the correct agency so you may send it directly to that agency. A copy will be kept in the Department's adoption file.

**Please Note: (Complete Parts F, G, and H below, as appropriate)**

Family Code Section 9205 requires that the agency shall not disclose the name and address of the adoptee or the existence of a waiver filed by the adoptee to a sibling who remained in the custody and control of the sibling's and adoptee's birth parents until age 18 unless consent for such disclosure is obtained from the birth parents. If the sibling remained in the custody and control of only one birth parent of the adoptee and sibling, only that birth parent's signature is necessary.

**PART F. Birth parent(s)' consent - May be witnessed by a representative of CDSS/Adoption Agency or Notary Public.**

I/We, the birth parent(s) of the adoptee and sibling hereby consent to the disclosure of the adoptee's name and address to his/her sibling.

Signature(s) of Birth Parent(s) | Date

**TO BE COMPLETED BY A REPRESENTATIVE OF CDSS OR CA ADOPTION AGENCY**

Signature of CDSS/Adoption Agency Representative | Date | Telephone Number ( )

Agency/Department Name | Address

Identification of Birth Parent(s) (Specify, i.e. Driver's License, Passport, Etc.)

**TO BE COMPLETED BY A NOTARY PUBLIC ONLY IF NOT COMPLETED BY A REPRESENTATIVE OF CDSS OR CA ADOPTION AGENCY**

State of \_\_\_\_\_ )

County of \_\_\_\_\_ )

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, a Notary Public, personally appeared \_\_\_\_\_ personally known to me (or proved to me on the basis of

Name of Birth Parent(s) satisfactory evidence) to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person acted, executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal.

\_\_\_\_\_(Seal)

Signature

**Part G. Affidavit of Sibling to be signed if Part F not completed**

I hereby declare under penalty of perjury that I did not remain under the custody and control of my and my adopted sibling's birth parents or parent until age 18.

Signature of Sibling | Date

Signature of CDSS/Agency Representative/Notary | Date

**Part H. To be used when one or more birth parents are deceased**

I hereby declare that I am the sibling of the adoptee and that my and the adoptee's birth parent or parents are no longer living. Proof of the death of the parent/parents has been submitted in the form of  death certificate  newspaper clipping

other (describe) \_\_\_\_\_

Signature of Sibling | Date

Signature of CDSS/Agency Representative/Notary | Date

**RENUNCIA A LOS DERECHOS SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD ENTRE HERMANOS**

**Distribution Instructions:**

Original: Agency/Department  
Copy: Person Signing

**POR FAVOR TOME NOTA DE LO SIGUIENTE:**

- Por favor, complete las dos páginas de este formulario.
- Este formulario tiene que ser atestiguado por un representante del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) o de una oficina/agencia de adopciones en California certificada por el CDSS, o tiene que ser certificado por un notario público.\*** Si la firma en este formulario es atestiguada por un representante del CDSS o de una oficina/agencia de adopciones, se tiene que obtener identificación con una foto de la persona que firme y se tiene que hacer anotación de dicha identificación en este formulario. **SE LE DEVOLVERA ESTE FORMULARIO SI NO ES ATESTIGUADO O SI UN NOTARIO NO LO CERTIFICA.**
- Si usted es un hermano adulto no adoptado, por favor adjunte una copia de su acta de nacimiento.

**MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES:**

- Soy el  Adulto adoptado  
(de 21 años o más)
- Hermano adulto  
(de 21 años o más)

**PARTE A. Para ser completada por la persona que firme el consentimiento.**

- ADULTO ADOPTADO:**  
Al firmar este formulario, voluntariamente y a sabiendas renuncio a mis derechos en relación a la confidencialidad de información personal que se conoce o que contienen los expedientes del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones certificada. Además, doy mi consentimiento al CDSS o a la oficina/agencia de adopciones certificada para revelar mi nombre y dirección a mi hermano adulto para que pueda ponerse en contacto conmigo.
- HERMANO ADULTO:**  
Al firmar este formulario, voluntariamente y a sabiendas renuncio a mis derechos en relación a la confidencialidad de información personal que se conoce o que contienen los expedientes del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones certificada. Además, doy mi consentimiento al CDSS o a la oficina/agencia de adopciones certificada para revelar mi nombre y dirección a mi hermano adoptado para que pueda ponerse en contacto conmigo.

Entiendo que el CDSS no proporciona servicios para localizar a adultos adoptados ni a hermanos adultos y que cada parte interesada tiene que ponerse en contacto con el CDSS o la oficina/agencia de adopciones certificada para solicitar un formulario llamado "Renuncia a los derechos sobre la confidencialidad entre hermanos" (AD 904A).

Comprendo que ambas personas designadas tienen que firmar una renuncia antes de que el CDSS o la oficina/agencia de adopciones certificada pueda revelar información que conduce a una identificación y que el firmar esta renuncia no asegura necesariamente que se logre un contacto. Entiendo que la ley prohíbe que el CDSS o la oficina/agencia de adopciones certificada solicite, directa o indirectamente, la formalización de tal renuncia. El hermano también tiene que cumplir todas las otras estipulaciones de la Sección 9205 del Código sobre Familias.

Certifico que según mi leal saber y entender, soy una persona adoptada o el hermano de una persona adoptada. Entiendo que debo mantenerle informado al CDSS, o a la oficina/agencia de adopciones certificada, sobre mi nombre y dirección actuales.

Entiendo que tengo derecho a cancelar esta renuncia en cualquier momento notificándole por escrito al CDSS o a la oficina/agencia de adopciones certificada.

NOMBRE (POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)				OTROS NOMBRES POR LOS CUALES SE ME HA CONOCIDO	
DIRECCION:	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO ( )
FIRMA				FECHA	

**PARTE B. Para ser completada por un representante del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones en California. Si se completa la Parte B o C, no complete la Parte D.**

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CDSS O DE LA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES		FECHA	NUMERO DE TELEFONO ( )
NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA O DEL DEPARTAMENTO		DIRECCION	

IDENTIFICACION DEL ADULTO ADOPTADO O DEL HERMANO ADULTO (ESPECIFIQUE; ES DECIR, LICENCIA DE MANEJAR, PASAPORTE, ETC.)

**PARTE C.  Marque si es pertinente. La firma certificada por un notario se ha entregado anteriormente al CDSS.**

**PARTE D. Para ser completada por un notario público SOLAMENTE si no se completa la Parte B o C.**

Estado de \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ )  
 Condado de \_\_\_\_\_ )

En \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_, un notario público,  
 compareció en persona \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente como la persona cuya firma  
 aparece en este documento (o quien me comprobó su identidad con pruebas satisfactorias), y reconoció que él/ella firmó el documento en su capacidad autorizada, y que por medio de su firma, la persona, o la entidad a nombre de la cual la persona actuó, formalizó el documento.

EN TESTIMONIO DE ELLO, he puesto mi firma y sello oficial.

\_\_\_\_\_ (Sello)  
 Firma

**\*Definición del término "notario público":** Un notario público es un oficial público autorizado por ley para certificar documentos y confirmar la identidad de la persona que firma. Los notarios se pueden encontrar en la mayoría de los bancos y uniones de crédito o en las listas que aparecen en las páginas amarillas de su guía telefónica.

**PARTE E: Información adicional que se necesita en cuanto a su adopción**

Para poder localizar el expediente de adopción correcto, por favor ayúdenos completando la información que se encuentra a continuación. Si usted no tiene conocimiento de esta información, por favor escriba que no la sabe.

Nombre de la persona adoptada, su fecha de nacimiento, y la ciudad y el estado donde nació

Todos los nombres que ha usado la madre biológica (incluya el nombre de en medio y el apellido de soltera) y el nombre del padre biológico

Nombre completo de ambos padres adoptivos

**¿Qué sucede con la renuncia?**

La renuncia puede ser enviada directamente a la oficina/agencia de adopciones que se encargó de la adopción, si se conoce, o a la oficina central del Departamento: *California Department of Social Services, Adoptions Support Unit, 744 P Street, M.S. 3-31, Sacramento, CA 95814*. Si la adopción fue una adopción independiente (privada), se acusará recibo de la renuncia y la renuncia será colocada en el expediente de la adopción. Si la adopción fue una adopción a través de una oficina/agencia, la renuncia será devuelta a usted con el nombre y dirección de la oficina/agencia correcta para que usted pueda enviarla directamente a esa oficina/agencia. Una copia se conservará en el expediente de adopción del Departamento.

**Por favor tome nota de lo siguiente: (Complete las Partes F, G, y H a continuación, si es pertinente.)**

La Sección 9205 del Código sobre Familias requiere que la oficina/agencia no revele el nombre ni dirección de la persona adoptada, ni la existencia de una renuncia registrada por la persona adoptada, a un hermano que se había quedado bajo la patria potestad (custodia) y control de los padres biológicos de los dos hasta los 18 años de edad, a menos que se obtenga de los padres biológicos su consentimiento para tal revelación. Si el hermano se había quedado bajo la patria potestad y control de solamente uno de los padres biológicos de la persona adoptada y del hermano, solamente es necesaria la firma de ese padre/madre biológico.

**PARTE F. Consentimiento del padre/madre/padres biológico(s) - Puede ser atestiguado por un representante del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones, o puede ser certificado por un notario público.**

Yo (o nosotros), el padre/madre (o padres) biológico(s) de la persona adoptada y de su hermano, por este medio doy mi consentimiento para que se revele a su hermano el nombre y dirección de la persona adoptada.

Firma del padre/madre/padres biológico(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADA POR UN REPRESENTANTE DEL CDSS O DE UNA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES EN CALIFORNIA**

Firma del representante del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina/agencia o del departamento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Identificación del padre/madre/padres biológico(s) (Especifique; es decir, licencia de manejar, pasaporte, etc.) \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADA POR UN NOTARIO PUBLICO SOLAMENTE SI UN REPRESENTANTE DEL CDSS O DE UNA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES EN CALIFORNIA NO COMPLETA LA PARTE ANTERIOR**

Estado de \_\_\_\_\_ )

Condado de \_\_\_\_\_ )

En \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_, un notario público, compareció (o comparecieron) en persona \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente como la persona cuya firma aparece en este

Nombre del padre/madre/padres biológico(s)

documento (o quien me comprobó su identidad con pruebas satisfactorias), y reconoció que él/ella firmó el documento en su capacidad autorizada, y que por medio de su firma, la persona, o la entidad a nombre de la cual la persona actuó, formalizó el documento.

EN TESTIMONIO DE ELLO, he puesto mi firma y sello oficial.

\_\_\_\_\_ (Sello)

Firma

**Parte G. Declaración jurada del hermano, para ser firmada si no se completa la Parte F**

Por este medio, declaro bajo pena de perjurio que no me he quedado bajo la patria potestad (custodia) y control de nuestro(s) - es decir, de mi hermano adoptado y mío(s) - padre/madre/padres biológico(s) hasta los 18 años de edad.

Firma del hermano \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante del CDSS o de la oficina/agencia o del notario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Parte H. Para ser usada cuando uno o más de los padres biológicos ha muerto**

Por este medio, declaro que soy el hermano de la persona adoptada y que ya no vive(n) nuestro(s) madre/padre/padres biológico(s). Una prueba de la muerte de dicha(s) persona(s) ha sido entregada en forma de un  acta de defunción  recorte de un periódico

otra (describa) \_\_\_\_\_

Firma del hermano \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante del CDSS o de la oficina/agencia o del notario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_