

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-091

DATE

06/21/2006

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 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 4328 SP (3/06) - Authorization For Release Of Personal Items

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 3/06	REPLACES	<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: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 3/06

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 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

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. Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE ARTICULOS PERSONALES

NOTE POR FAVOR:

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 de este formulario es atestiguada por un representante de CDSS o de una oficina/agencia de adopciones, se tiene que obtener alguna clase de identificación con una foto de la persona que firma y se tiene que anotar en la "Parte B".

MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES:

- Soy el padre/madre biológico
 adulto adoptado
(18 años de edad o más)
 padre/madre adoptivo
(a nombre del niño(a) adoptado - menor de 18 años)

PARTE A. Para ser completada por la persona que firma la autorización.

Al firmar este formulario, por este medio solicito que el CDSS o la oficina/agencia de adopciones entregue los siguientes artículos depositados por mí a: _____

(NOMBRE Y PARENTESCO/RELACION DE LA PERSONA A QUIEN SE ENTREGARAN LOS ARTICULOS)

DESCRIBA LOS ARTICULOS:

Estoy plenamente consciente de que el CDSS o la oficina/agencia de adopciones no puede compartir mi nombre ni mi dirección con la persona que recibe el/los artículo(s) depositado(s).

Entiendo que se ha considerado que los artículos mencionados arriba son demasiado valiosos o voluminosos para guardar en dicha oficina/agencia, y que yo soy responsable del almacenaje de los artículos y de mantener informada a la oficina/agencia mencionada arriba acerca de cambios del lugar de almacenaje y de proveer instrucciones acerca de cómo recobrar los artículos.

(NOMBRE Y DIRECCION DEL LUGAR DE ALMACENAJE)

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA OBTENER LOS ARTICULOS

FIRMA			FECHA		
DIRECCION:	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO ()

PARTE B. Para ser completada por el representante de la oficina/agencia de adopciones certificada. Si se completa la Parte B o C, no complete la Parte D.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA OFICINA/AGENCIA		FECHA	NUMERO DE TELEFONO ()
NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA/DEPARTAMENTO		DIRECCION	
OTROS NOMBRES POR LOS CUALES SE ME HA CONOCIDO		IDENTIFICACION (ESPECIFIQUE; POR EJEMPLO, LICENCIA DE MANEJAR, PASAPORTE, ETC.)	

PARTE C. Marque la casilla si es pertinente. La firma certificada ha sido previamente presentada al CDSS.

PARTE D. Para ser completada por un notario público solamente si la Parte B no está completada.

Estado de _____)
 Condado de _____)

En _____ ante mí, _____, un notario público,
 compareció en persona _____ a quien conozco personalmente

NOMBRE DEL PADRE/MADRE BIOLÓGICO O ADULTO ADOPTADO O PADRE/MADRE ADOPTIVO

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.

 Firma (Sello)