

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO PROGRAMA DE ADOPCION INDEPENDIENTE

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

INSTRUCCIONES:

Este formulario debe ser firmado por el padre/madre biológico que desee revocar (cancelar) su consentimiento para la adopción independiente de su hijo incluyendo la revocación del "Convenio de colocación para adopción independiente". El formulario de revocación completado y firmado es válido solamente si se entrega al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) o a la oficina/agencia delegada para adopciones en el condado, cualquiera que esté investigando la propuesta adopción independiente, **antes** de que se termine el período de 30 días. El primer día del período de 30 días es el día en que se firmó el consentimiento. No es válido si el padre/madre firmó el formulario AD 929, "Renuncia del derecho a revocar el consentimiento - Programa de Adopción Independiente". El representante de la oficina/agencia que reciba el formulario completará la Sección B y le dará una copia del formulario al padre/madre que lo firmó.

Sección A:

Yo, _____, el padre/madre de _____,
NOMBRE DEL PADRE/MADRE BIOLÓGICO NOMBRE DEL NIÑO
nació el _____, revoco mi consentimiento para la adopción por parte de, o revoco el
FECHA DE NACIMIENTO
"Convenio de colocación para adopción independiente" celebrado con _____,
NOMBRE DE LOS PETICIONARIOS/POSIBLES PADRES ADOPTIVOS
el cual se firmó el _____.
FECHA

Pido que el niño sea devuelto a mi, su padre/madre biológico.

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA EN QUE SE FIRMO

Sección B:

Para ser completada por el representante del Departamento de Servicios Sociales de California o de la agencia delegada para adopciones en el condado que reciba el formulario.

PERSONA QUE RECIBE EL FORMULARIO:

FECHA EN QUE SE RECIBIO:

NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA:

DIRECCION: