

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-187

DATE

11/17/2003

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 583 ENG/SP (9/03) - Relinquishment In or Out-of-County (Presumed Father Denies He is the Birth Father in California_

| | | | |
|--|---|---|--|
| 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 type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised | DATE OF FORM 9/03 | REPLACES 5/99 | <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 9/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is now a Master Only. Unit of issue changed to Each

Replaces AD 585

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) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

RELINQUISHMENT

In or Out-of-County

(Presumed Father Denies He is the Birth Father in California)

Complete upper section before sending this form to an out-of-county agency that has been requested to take the annexed relinquishment.

On this _____ day of _____, 20 _____,
the _____
(NAME OF AGENCY)

hereby signifies its willingness to accept the annexed relinquishment and to accept said minor child for adoption.

By _____
(AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL)

I, _____, being presumed by law to be the father of _____,
(NAME OF PRESUMED FATHER) (NAME OF CHILD)

a minor _____ child, born _____ in _____, _____, declare I am not the birth father
(GENDER) (DATE) (CITY) (STATE)
and do hereby relinquish and surrender the child for adoption to _____
(NAME OF AGENCY)

(AGENCY ADDRESS) (TELEPHONE NUMBER)

an organization licensed by the California Department of Social Services or authorized by Welfare and Institutions Code Section 16130 to find homes for children and to place children in homes for adoption.

I fully understand that when this relinquishment is filed with and acknowledged by the California Department of Social Services, all my rights to the custody, services and earnings of the child and any responsibility for the care and support of the child will be terminated. I declare that I am not the birth father of the child and am executing this relinquishment to adoption solely for the purpose of promoting the welfare of the child by facilitating the child's placement for adoption.

(DATE)

(SIGNATURE OF PRESUMED FATHER)

The foregoing relinquishment was signed on _____ by _____ in the presence of:
(DATE) (NAME OF PRESUMED FATHER)

(NAME OF WITNESS)

(SIGNATURE OF WITNESS)

(NAME OF WITNESS)

(SIGNATURE OF WITNESS)

STATE OF CALIFORNIA

COUNTY OF _____

} **ss.**

On this _____ day of _____, 20 _____, before me, _____,
(NAME OF AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL)
an authorized official of the _____
(NAME OF AGENCY)

an organization licensed by the California Department of Social Services or authorized by Welfare and Institutions Code Section 16130 to find homes for children and to place children in homes for adoption, personally appeared

_____ known to me to be the person whose name is subscribed to the within
(NAME OF PRESUMED FATHER)

instrument and acknowledged to me that he executed the same.

(SIGNATURE OF AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL)

(TITLE)

RENUNCIA

En o fuera del Condado

(El presunto padre niega ser el padre biológico en California)

Complete la parte superior antes de enviar este formulario a la oficina fuera del Condado que está encargada de la adopción y a la cual se le ha pedido que acepte la renuncia que se adjunta.

En este día _____ de _____ de 20 _____,
la _____
(NOMBRE DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION)

por este medio expresa su deseo de aceptar la renuncia que se adjunta y de aceptar para adopción al niño(a) menor que se menciona a continuación.

Por _____
(OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION)

Yo, _____,
(NOMBRE DEL PRESUNTO PADRE) a quien la ley presume ser el padre de _____,
(NOMBRE DEL NIÑO)

un niño menor del sexo _____ nacido en _____, en _____, _____
(FECHA) (CIUDAD) (ESTADO)
declaro que no soy el padre biológico del niño y que por medio de la presente renuncio y entrego al niño para adopción a

(NOMBRE DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION)

(DIRECCION DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION) ()
(NUMERO DE TELEFONO)

una organización certificada por el Departamento de Servicios Sociales de California, o autorizada por la Sección 16130 del Código de Bienestar Público e Instituciones, para localizar hogares para niños y para colocarlos en hogares para adopción.

Entiendo plenamente que una vez que el Departamento de Servicios Sociales de California registre y acuse recibo de esta renuncia, terminarán todos mis derechos a la patria potestad (custodia), servicios, e ingresos ganados del niño, así como cualquier responsabilidad que pueda tener con relación al cuidado y mantenimiento del niño. Declaro que no soy el padre biológico del niño y que firmo esta renuncia para adopción únicamente con el fin de promover el bienestar del niño, facilitando su colocación para adopción.

(FECHA) (FIRMA DEL PRESUNTO PADRE)

La renuncia que aparece arriba fue firmada en _____ por _____ en la presencia de:
(FECHA) (NOMBRE DEL PRESUNTO PADRE)

(NOMBRE DEL TESTIGO) (FIRMA DEL TESTIGO)

(NOMBRE DEL TESTIGO) (FIRMA DEL TESTIGO)

ESTADO DE CALIFORNIA }
CONDADO DE _____ } ss.

En este día _____ de _____ de 20 _____, ante mí, _____,
(NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION)
un oficial autorizado de _____,
(NOMBRE DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION)
una organización certificada por el Departamento de Servicios Sociales de California, o autorizada por la Sección 16130 del Código de Bienestar Público e Instituciones, para localizar hogares para niños y colocarlos en hogares para adopción, compareció personalmente _____, a quien conozco como la persona
(NOMBRE DEL PRESUNTO PADRE)
cuyo nombre aparece en este instrumento, y quien reconoció ante mí que firmó el mismo.

(FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA ENCARGADA DE LA ADOPCION)

(TITULO)