

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-237DATE
12/12/2003**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 591 ENG/SP (9/03) - Relinquishment - Out-of-State (Alleged Natural Father)

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 4/99	<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 <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>9/03</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 now a Master Only.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.govFor 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
Out-of-State
(Alleged Natural Father)

Complete upper section before sending this form to an out-of-state 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.

Pursuant to California Family Code Section 8700(c), a licensed California adoption agency may not accept a relinquishment from a parent not residing in California unless the child is already in the care of the licensed California adoption agency.

By _____
(AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL)

I, _____
(NAME OF ALLEGED NATURAL FATHER) having been alleged to be the
father of _____,
(NAME OF CHILD) a minor _____
(GENDER)
child, born on _____
(DATE) in _____
(CITY, STATE) do hereby relinquish
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 am not naming the prospective adoptive parent(s) for my child.
- I am naming the following person(s) as the prospective adoptive parent(s):

(FULL NAME(S) OF PROSPECTIVE ADOPTIVE PARENT(S))

If my child is not placed in the home of the named person(s) or my child is removed from the home before the adoption is completed, the agency will notify me. I will have 30 days from the date of the notice to rescind the relinquishment, take no action or select another placement for my child. If I do not rescind the relinquishment within the 30-day period, the agency may place the child in a home that the agency selects.

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.

(DATE)

(SIGNATURE OF ALLEGED NATURAL FATHER)

STATE OF _____

COUNTY OF _____

} ss.

On this _____ day of _____, 20 _____, before me, _____
a Notary Public in and for said county and state, personally appeared _____
(NAME OF ALLEGED NATURAL FATHER) known to
me to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged to me that he executed the same.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and affixed my official seal.

(Affix Notarial Seal)

(NOTARY PUBLIC IN AND FOR SAID COUNTY AND STATE)

RENUNCIA
Fuera del Estado
(Persona que se alega que es el padre biológico)

Complete la parte superior de este formulario antes de enviarlo a la oficina/agencia fuera del Estado a la que se le ha pedido que tome la renuncia adjunta.

En este día _____ de _____, 20 _____,
la _____
(NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA)

por medio del presente documento indica su voluntad para aceptar la renuncia adjunta y aceptar a dicho menor para que sea adoptado.

De acuerdo a lo estipulado en la Sección 8700(c) del Código Familiar de California, una oficina/agencia de adopciones certificada en California no puede aceptar una renuncia de un padre/madre que no reside en California a menos que el menor ya se encuentre bajo el cuidado de la oficina/agencia de adopciones certificada en California.

Por _____
(OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA)

Yo, _____,
(NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ALEGA QUE ES EL PADRE BIOLÓGICO), siendo la persona que se alega que es el padre de _____,
(NOMBRE DEL MENOR), un menor de sexo _____,
(SEXO) nacido en _____ en _____,
(FECHA) (CIUDAD, ESTADO), por medio del presente documento renuncio al menor para que sea adoptado y lo cedo a _____,
(NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA)
()
(DIRECCION DE LA OFICINA/AGENCIA) (NUMERO DE TELEFONO)

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

- No estoy nombrando al posible padre (o padres) adoptivo para mi hijo.
- Nombro a la siguiente persona (o personas) como el posible padre adoptivo:

(NOMBRE COMPLETO DEL POSIBLE PADRE [O PADRES] ADOPTIVO)

Si no se coloca a mi hijo en el hogar de la persona (o personas) nombrada o si trasladan a mi hijo del hogar antes de que se complete la adopción, la oficina/agencia me lo notificará. Tendré 30 días a partir de la fecha de la notificación para anular mi renuncia, no tomar ninguna acción, o seleccionar otro lugar para que se coloque a mi hijo. Si no anulo mi renuncia antes de que termine el período de 30 días, es posible que la oficina/agencia coloque a mi hijo en un hogar que la oficina/agencia seleccione.

Comprendo plenamente que cuando esta renuncia se presente ante el Departamento de Servicios Sociales de California y el Departamento de Acuse de Recibo, se terminarán todos mis derechos a la custodia, servicios e ingresos ganados del menor al igual que cualquier responsabilidad para su cuidado y mantenimiento.

(FECHA)

(FIRMA DE LA PERSONA QUE SE ALEGA QUE ES EL PADRE BIOLÓGICO)

ESTADO DE _____ }
CONDADO DE _____ } ss.

En este día _____ de _____, 20 _____, ante mí, _____,
un notario público en y para dicho Condado y Estado, compareció personalmente _____
(NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ALEGA QUE ES EL PADRE BIOLÓGICO)
a quien conozco como la persona cuyo nombre aparece en este documento y quien reconoció haberlo firmado.

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

(Ponga el sello notarial)

(NOTARIO PUBLICO EN Y PARA DICHO CONDADO Y ESTADO)

Mi comisión se vence _____