

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-238

DATE

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 4339 ENG/SP (9/03) - Relinquishment - Out of State (Birth Mother/Presumed 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 1/99	<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

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
Out-of-State
(Birth Mother/Presumed 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.

By _____
(AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL)

I, _____ being the mother/father of _____,
(NAME OF PARENT) (NAME OF CHILD)

a minor _____ child, born on, _____, in _____ do hereby relinquish
(GENDER) (DATE) (CITY, STATE)

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 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 PARENT)

STATE OF _____ }
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 or otherwise approved to provide adoption services under the laws of _____, personally appeared _____ known
(NAME OF STATE) (NAME OF PARENT)

to me to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same.

(SIGNATURE OF AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL)

(TITLE)

**RENUNCIA
Fuera del Estado
(Madre biológica/Presunto padre)**

Complete la sección superior antes de enviar este formulario a una oficina/agencia fuera del Estado a la cual se le ha pedido que acepte la renuncia que se encuentra a continuación.

En este día _____ de _____ de 20____,

la _____
(NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA)

por este medio expresa su buena voluntad de aceptar la renuncia que se encuentra a continuación y de aceptar a dicho niño(a) menor para adopción.

Por _____
(OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA)

Yo, _____, la madre/el padre de _____,
(NOMBRE DEL PADRE/MADRE) (NOMBRE DEL NIÑO)

un niño menor del sexo _____, nacido en _____, en _____, por este
(SEXO) (FECHA) (CIUDAD/ESTADO)

medio renuncio y entrego al niño para adopción 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 por la Sección 16130 del Código de Bienestar Público e Instituciones para encontrar hogares para niños y colocarlos en dichos hogares para que sean adoptados.

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

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

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

Entiendo plenamente que cuando se presente esta renuncia al Departamento de Servicios Sociales de California, y el Departamento acuse recibo de la misma, terminarán todos mis derechos a la patria potestad (custodia), servicios, e ingresos ganados del niño, así como cualquier responsabilidad del cuidado y mantenimiento del mismo.

(FECHA)

(FIRMA DEL PADRE/MADRE)

ESTADO DE _____ }
CONDADO DE _____ } SS.

En este día _____ de _____ de 20____, ante mí, _____,
(NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA)

un oficial autorizado de _____, una organización
(NOMBRE DE LA AGENCIA/OFICINA)
certificada o de otra manera aprobada para proveer servicios de adopción bajo las leyes de _____,
(NOMBRE DEL ESTADO)

compareció personalmente _____, a quien conozco como la persona cuyo
(NOMBRE DEL PADRE/MADRE)

nombre aparece en este documento, y quien reconoció ante mí haber firmado el mismo.

(FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA)

(TITULO)