

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-241

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 584 ENG/SP (9/03) - Relinquishment - Out-of-State (Presumed Father Denies He Is The Birth 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 9/99	<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**

(Presumed Father Denies He is the Birth 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, _____ being presumed by law to be the father of _____.
(NAME OF PRESUMED FATHER) (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 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)

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 PRESUMED 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)

My commission expires _____

RENUNCIA
Fuera del Estado
(El presunto padre niega ser 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, _____, a quien la ley presume ser el padre
(NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ALEGA QUE ES EL PADRE BIOLOGICO)
de _____, un menor de sexo _____,
(NOMBRE DEL MENOR) (SEXO)
nacido en _____ en _____, por medio del presente
(FECHA) (CIUDAD, ESTADO)
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.

Comprendo plenamente que cuando esta renuncia se presente ante el Departamento de Servicios Sociales de California y el Departamento dé acuse de recibo, se terminarán todos mis derechos a la custodia, servicios e ingresos ganados del menor al igual que cualquier reponsabilidad para su cuidado y mantenimiento. Declaro que no soy el padre biológico del menor. Estoy firmando esta renuncia para que el menor sea adoptado con el único propósito de promover el bienestar de él y facilitar su colocación para adopción.

(FECHA)

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

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 BIOLOGICO)
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 _____