

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-038

DATE

02/10/2004

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 586 ENG/SP (10/03) - Relinquishment - In or Out-of-County (Alleged Natural 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 10/03	REPLACES 6/00	<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 10/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is now a Master Only.

Attached is a Reproducible Copy

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
(Alleged Natural 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, _____, having been alleged to be the father of _____,
NAME OF ALLEGED NATURAL FATHER NAME OF CHILD
a minor _____ child born on _____ in _____ do hereby relinquish
GENDER DATE CITY STATE
the said 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 PARENTS

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 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

The foregoing relinquishment was signed on _____ by _____
DATE NAME OF ALLEGED NATURAL FATHER
in the presence of:

_____ 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 OFFICIAL

an authorized official of the _____ an organization
NAME OF AGENCY

licensed by the Department of Social Services of the State of California or authorized by Welfare and Institutions Code Section 16130

to find homes for children and to place children in homes for adoption, 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.

SIGNATURE OF AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL

TITLE

RENUNCIA
Dentro o fuera del Condado
(Persona que se alega es el padre biológico en California)

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

En este día _____ de _____, 20 _____,
la _____

NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA

por medio del presente documento da a conocer su voluntad de aceptar la renuncia adjunta y aceptar a dicho menor para su adopción.

Por _____
OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA

Yo, _____, a quien se alega ser el padre de _____,
NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ALEGA ES EL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE DEL MENOR

un menor del sexo _____ nacido en _____ en _____, por medio del presente
SEXO FECHA CIUDAD ESTADO

documento renuncio a dicho menor para que sea adoptado y lo entrego 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 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 DE LA PERSONA QUE SE ALEGA ES EL PADRE BIOLÓGICO

Esta renuncia fue firmada en _____ por _____ en la presencia de:
FECHA NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ALEGA ES EL PADRE BIOLÓGICO

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

ESTADO DE CALIFORNIA } ss.
CONDADO DE _____ }

En este día _____ de _____ de 20 _____, ante mí, _____,
un oficial autorizado de la _____
NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA

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, compareció personalmente _____, a quien conozco como la persona cuyo nombre aparece en este documento, y quien reconoció ante mí haber firmado el mismo.
NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ALEGA ES EL PADRE BIOLÓGICO

FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA

TITULO / PUESTO