

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-279

DATE

10/07/2004

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 908 ENG/SP (10/04) - Adoptions Information Act Statement

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 10/04	REPLACES 6/01	<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 10/04

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

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.

ADOPTIONS INFORMATION ACT STATEMENT

Instructions:

1. Section A - To be completed by California Department of Social Service (CDSS) Adoptions District Office, licensed public or private adoption agency, or the Adoption Service Provider (ASP).
2. Section B - To be completed and signed by the birth parent and witnessed by an authorized representative of the CDSS Adoptions District Office, licensed public or private adoption agency, or the ASP.
To be completed and signed before a notary when signed out of the State of California.
3. Original copy to CDSS Adoptions District Office or licensed public or private adoption agency file; copy to birth parent signing this form.

SECTION A

Child's Name

Child's Birthdate

For Parent Signing

Relinquishment

Name and Address of CDSS Adoptions District Office or Licensed Adoption Agency

For Parent Whose
Parental Rights Were
Terminated by Court

Order

Name and Address of CDSS Adoptions District Office or Licensed Adoption Agency

For Parent Signing

Consent California Department of Social Services, 744 P Street, M.S. 3-31, Sacramento, California 95814

SECTION B Family Code Sections 8702 and 8818 require that the following information be provided to you.

- (1) It is in the best interest of the child that you as the birth parent keep the CDSS or the licensed adoption agency whose name and address appear above informed of any health problems that you develop that could affect the child.
- (2) It is extremely important that you as the birth parent keep your address current with the CDSS or licensed adoption agency whose name and address appear above in order to permit a response to any inquiries to the CDSS or licensed adoption agency concerning your medical or social history.
- (3) The original relinquishment or consent will be filed in the office of the county clerk of the county in which the adoption takes place. It is not open to inspection by any persons except the parties to the adoption proceedings, their attorneys, and the CDSS unless there is an order by the judge of the superior court.
- (4) Family Code Section 9203 authorizes a person who has been adopted and who has reached the age of 21 to petition the CDSS or the licensed adoption agency whose name and address appear above to obtain the name and address of his/her birth parent. You may indicate whether or not you wish your name and address to be so disclosed by checking the appropriate box in #6 below.
- (5) You as the birth parent may change your decision at any time as to whether or not you wish your name and address disclosed by sending a notarized letter to that effect, by registered mail, return receipt requested, to the CDSS, CDSS District Office, or licensed adoption agency whose name and address appear above.
- (6) Indicate by checking one of the boxes below whether or not you wish your name and address to be disclosed to your child as outlined in (4) above.
 - YES, I want my name and address disclosed.
 - NO, I do not want my name and address disclosed.
 - UNCERTAIN AT THIS TIME; WILL NOTIFY AGENCY AT LATER DATE.

Signature of Birth Parent

Date

Signature of CDSS Adoptions District Office or Adoption Agency Representative or Adoption Service Provider or Notary, if signed out the State of California

Title, or notarial seal if signed out of the State of California

DECLARACION CON RESPECTO AL DECRETO DE INFORMACION SOBRE ADOPCIONES

Instrucciones:

- Sección A – Debe ser completada por la oficina de distrito del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) oficina/agencia certificada de adopción pública o privada o el proveedor de servicios de adopciones (ASP).
- Sección B – Debe ser completada y firmada por el padre/madre biológico y atestiguada por un representante autorizado de la oficina de adopciones de distrito de CDSS, oficina/agencia certificada de adopción pública o privada o el ASP.
Debe ser completada y firmada ante un notario público cuando se firme fuera del Estado de California.
- La original es para el expediente de la oficina de distrito del CDSS o de la oficina/agencia de adopciones certificada pública o privada; la copia es para el padre/madre que firma esta forma.

SECCION A

Nombre del niño(a)

Fecha de nacimiento del niño

Para el padre/madre que
firma la renuncia

Nombre y dirección de la oficina de adopciones de distrito del CDSS o agencia de adopciones certificada

Para el padre/madre cuyo
derecho paterno fue terminado
por una orden judicial

Nombre y dirección de la oficina de adopciones de distrito del CDSS o agencia de adopciones certificada

Para el padre/madre que
firma el consentimiento

Departamento de Servicios Sociales de California, 744 P Street, M.S. 3-31, Sacramento, California 95814

SECCION B Las Secciones 8702 y 8818 del Código sobre Familias requieren que se le proporcione a usted la siguiente información:

- Es de óptimo beneficio para el niño, que usted, como padre/madre biológico, mantenga informado al CDSS o a la agencia de adopciones certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior, acerca de cualquier problema de salud que usted desarrolle, que pudiera afectar al niño.
- Es sumamente importante que usted, como padre/madre biológico, mantenga informado al CDSS o a la agencia de adopción certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior, acerca de su dirección actual, para facilitar la respuesta a cualquier pregunta que se haga al CDSS o agencia de adopciones certificada con respecto a su historial médico o social.
- La renuncia o consentimiento original se archivará en la oficina del actuario del condado (*county clerk*) en el condado en que se lleve a cabo la adopción. Estos no están abiertos para inspección por parte de ninguna persona, excepto las partes interesadas que participan en los procedimientos de adopción, sus abogados, y el CDSS, a menos que haya una orden del juez de la corte superior.
- La Sección 9203 del Código sobre Familias autoriza a una persona que ha sido adoptada y que ha cumplido los 21 años de edad, a solicitar del CDSS, o de la agencia de adopciones certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior, que obtenga el nombre y dirección de su padre/madre biológico. Usted puede indicar si desea o no que se revelen de esa manera su nombre y dirección marcando la casilla apropiada en el número 6 a continuación.
- Usted, como padre/madre biológico, en cualquier momento, puede cambiar su decisión acerca de revelar o no su nombre y dirección, enviando una carta certificada indicando lo que desea hacer al respecto. Esta carta deberá ser enviada por correo registrado, con acuse de recibo al CDSS, a la oficina de distrito del CDSS, o a la agencia de adopciones certificada cuyo nombre y dirección aparecen en la parte superior.
- Marque una de las siguientes casillas, indicando si desea o no que revelen a su hijo el nombre y dirección de usted de la manera en que se explica en la parte superior en el número 4.
 - SI, deseo que revelen mi nombre y dirección.
 - NO, no deseo que revelen mi nombre y dirección.
 - NO ESTOY SEGURO(A) POR AHORA; EN UNA FECHA POSTERIOR NOTIFICARE A LA AGENCIA.

Firma del padre/madre biológico

Fecha

Firma del representante de la oficina de distrito del CDSS/agencia de adopciones, o proveedor de servicios de adopción o del notario, si se firma fuera del Estado de California

Título o sello del notario si se firma fuera del Estado de California