

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-030

DATE

02/28/2006

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 501A ENG/SP (12/05) - 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 12/05	REPLACES 10//05	<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 12/05

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is 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) 651-8876 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 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 minor child is already in the care of the licensed California adoption agency.

By _____
AUTHORIZED AGENCY OFFICIAL

I, _____, the mother/father of _____, a minor
NAME OF PARENT NAME OF CHILD
_____ child, born on _____, in _____ do hereby relinquish and
GENDER DATE CITY STATE
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 _____, before me, _____,

a Notary Public, personally appeared _____ personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her authorized capacity and that by his/her signature on the instrument the person, or the entity upon behalf of which the person acted, executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal.

SIGNATURE (Seal)

RENUNCIA
Fuera del Estado
(Madre biológica/Presunto padre)

Complete la sección superior antes de enviar este formulario a la 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 voluntad de aceptar la renuncia que se encuentra a continuación y de aceptar al niño(a) en cuestión para su adopción.

En conformidad con la Sección 8700(c) del Código de California sobre Familias, una oficina/agencia de adopciones certificada en California no puede aceptar una renuncia de parte de un padre/madre que no vive en California, a menos que el menor ya esté bajo el cuidado de dicha oficina/agencia.

Por _____
OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA/AGENCIA

Yo, _____, el padre/madre de _____, un menor del sexo _____,
NOMBRE DEL PADRE/MADRE NOMBRE DEL NIÑO

nacido en _____, en _____, por este medio renuncio y
FECHA CIUDAD ESTADO

entrego al niño para su adopción a _____
NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA

DIRECCION DE LA OFICINA/AGENCIA

()
NUMERO DE TELEFONO 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 localizar hogares para niños y colocarlos en hogares para su adopción.

- No estoy nombrando al posible padre/madre (o padres) adoptivo para mi hijo.
- Estoy nombrando a la siguiente persona(s) como el posible padre/madre adoptivo _____
NOMBRE COMPLETO DEL POSIBLE PADRE/MADRE (O PADRES) ADOPTIVO

La oficina/agencia me notificará si a mi hijo no se le coloca en el hogar de las personas nombradas, o si se le quita del hogar antes de que se complete la adopción. Tendré 30 días a partir de la fecha de la notificación para cancelar la renuncia, para no tomar ninguna acción, o para escoger otra colocación para mi hijo. Si no cancelo la renuncia antes de que pase el período de 30 días, la oficina/agencia podrá colocar al niño en un hogar que la oficina/agencia escoja.

Comprendo plenamente que una vez que esta renuncia sea presentada con el Departamento de Servicios Sociales de California y dicho Departamento acuse recibo de la misma, terminarán todos mis derechos a la patria potestad (custodia), servicios e ingresos de dicho menor, así como cualquier responsabilidad que pueda tener con respecto al cuidado y mantenimiento de dicho niño.

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE

ESTADO DE _____ }
CONDADO DE _____ } **ss.**

En _____, ante mí, _____,

un notario público, compareció en persona _____, a quien conozco personalmente (o quien me comprobó basándose en pruebas satisfactorias) como la persona cuyo nombre aparece en este documento, y quien reconoció haber firmado el mismo en su capacidad autorizada y que con su firma en este documento la persona, o la entidad a la que representa, realizó la ejecución del documento.

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

FIRMA (Sello)