

FCSE0001S0111001 001428730400 13 06
DCSS - SOUTH MCPA
PO BOX 40458
PHOENIX, AZ 85067-0458

(602) 252-4045

CUSTODIAL TEST TEST
1901 W MADISON ST APT 00000
PHOENIX, AZ 85009-5287

October 21, 2024

DRAFT



Aviso de Consentimiento Informado del Padre

Antes de firmar cualquier documento que establece paternidad, la ley dicta que se les proporcionará a la madre y al posible padre información sobre los diferentes métodos para establecer paternidad, la importancia legal de establecer paternidad, y los derechos y responsabilidades que provienen de la firma de los documentos de Reconocimiento de Paternidad o el Acuerdo de Aceptar los Resultados del Examen Genético.

Entiendo que tengo el derecho de reunirme con un abogado, por mi propia cuenta, para asesoramiento legal, antes de firmar un Reconocimiento de Paternidad o el Acuerdo de Aceptar los Resultados del Examen Genético. DCSS no puede ofrecerme ningún consejo sobre mis opciones.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar el examen genético como un medio para establecer la paternidad de cualquier niño por el que se me nombre como posible padre, y que el Estado pagará los costos del examen si se determina que no soy el padre biológico del niño(s). Si se determina que soy el padre biológico, se presentará una orden nombrándome como el padre del niño(s), y yo pagaré por los costos del examen del niño(s).

Mi caso no irá al tribunal si firmo el Reconocimiento de Paternidad o el Acuerdo de Aceptar los Resultados del Examen Genético.

Entiendo que al firmar el Reconocimiento de Paternidad, o si el examen genético determina que soy el padre biológico del niño(s), se presentará una orden de paternidad en el tribunal nombrándome como el padre.

Entiendo que la ley de Arizona dice que puedo cambiar de opinión sobre mi reconocimiento de paternidad y solicitud de examen genético si actúo dentro de: (1) 60 días después de haber puesto la última firma en el Reconocimiento de Paternidad certificado por un notario (2) 60 días a partir de la fecha de un procedimiento judicial relacionado con el) niño(s), incluyendo un procedimiento de sustento de menores en el que la madre o el padre es una de las partes.

Se me ha informado sobre las maneras para determinar paternidad, la importancia legal de hacer esto, así como mis derechos y responsabilidades. Estoy consciente y voluntariamente de acuerdo en firmar el Reconocimiento de Paternidad o el Acuerdo de Aceptar los Resultados del Examen Genético respecto al siguiente(s) niño(s):

Nombre (s)
CHILD TEST

Fecha de Nacimiento

Firma del Supuesto Padre

Fecha

Caso AZCARES Número: 001428730400

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Child Support Services at (602) 252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al (602) 252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.

