

**COMPLETION INSTRUCTIONS FOR CSE-0258A
AFFIDAVIT OF PATERNITY RESCISSION****READ ALL INSTRUCTIONS CAREFULLY**

A. Purpose. To rescind paternity established under A.R.S. § 36-334.

The Affidavit of Paternity Rescission may only be used by parents who established paternity by filing an Acknowledgment of Paternity (CS-127) with the Arizona Department of Health Services, Office of Vital Records or the Clerk of Court.

Either parent may rescind the Acknowledgment of Paternity within the earliest of: Sixty days from the last signature affixed to the acknowledgment or the date of a proceeding relating to the child in which the mother or father is a party. After sixty days relief may only be sought under A.R.S. § 25-812.

A copy of the Affidavit of Paternity Rescission will be forwarded to the Arizona Department of Health Services, Office of Vital Records for the purpose of amending the child's birth certificate if the child was born in Arizona. The father's name will be removed and he will no longer be the child's legal father.

B. Completion.

Only use **BLACK INK**. Colored inks **ARE NOT ACCEPTABLE**. Type or print all required information except where signatures are required.

DO NOT MAKE CORRECTIONS ON THIS FORM. Forms with cross outs, erasures, alterations, etc., will invalidate the Affidavit. **DO NOT SUBMIT AN AFFIDAVIT CONTAINING SUCH CHANGES.** If you make a mistake, ask for a new form and begin again.

Fill in every blank or box on the form. Incomplete or incorrect information may cause delays in the filing of the Affidavit.

Only one child may be named on the Paternity Rescission. In cases involving multiple children the parent seeking the rescission should complete a separate Paternity Rescission for each child.

Return all pages of the completed Affidavit of Paternity Rescission to:

DES/DCSS
Hospital Paternity Program
P.O. Box 64533
Phoenix, AZ. 85082

Any questions about the Affidavit of Paternity Rescission should be directed to:

Division of Child Support Services
Customer Service Unit, (602) 252-4045



AFFIDAVIT OF PATERNITY RESCISSION

**PLEASE PRINT CLEARLY. COMPLETE IN BLACK INK ONLY.
DO NOT ALTER, LEGAL DOCUMENT**

Child's Name (*Last, First, M.I.*): _____ Birthdate (*MM/DD/YY*): _____

Mother's Name (*Last, First, M.I.*): _____ Soc. Sec. No.: _____

Father's Name (*Last, First, M.I.*): _____ Soc. Sec. No.: _____

Pursuant to A.R.S. §§ 36-334 and 25-812 the undersigned rescinds the Acknowledgment of Paternity (CS-127) signed and notarized by the parties name above. This affidavit is being filed within 60 days after the last signature is made to the acknowledgment of Paternity filed with the Arizona Department of Health Services, Office of Vital Records or Clerk of the Court or the date of a proceeding relating to the child in which the mother of father is a party, whichever is earlier.

The undersigned understands that if the child was born in Arizona the birth certificate for the child named above will be amended by removing the father's name.

The undersigned understands that if this Affidavit of Paternity Rescission is filed more than 60 days after the Acknowledgment of Paternity has been signed this form can not be used and the undersigned must seek relief in Superior court pursuant under A.R.S.

§ 25-812 and Rule 60(c) of the Arizona Rules of Civil Procedure.

The undersigned understands paternity is rescinded for the child named above and that the father named above will not be the legal father under A.R.S. §§ 36-334 and 25-812.

This Affidavit of Paternity Rescission is being signed voluntarily with no threat of harm or duress.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Name of Party Rescinding Paternity (*Last, First, Middle*): _____

Mailing Address (*No., Street*): _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____

Rescinding Party's Signature: _____ Date: _____

State of Arizona, County of _____ Subscribed and sworn or affirmed and acknowledged before me
this _____ day of _____, 20 ____ .

_____ My Commission expires _____

(Notary Public)

FOR INTERNAL OFFICE USE ONLY

Affidavit of Rescission received by the Department of Economic Security on this _____ day of _____, 20 ____ .

Affidavit of Rescission reviewed and approved on this _____ day of _____, 20 ____ by _____ .

Copy mailed this _____ day of _____, 20 ____ . Copy mailed this _____ day of _____, 20 ____ .

TO:

Department of Health Services
Office of Vital Records
P.O. Box 3887
Phoenix, AZ 85030

TO: _____

Address (*No., Street*): _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____

By: _____ By: _____

Affidavit of Rescission rejected by the Department of Economic Security on this _____ day of _____, 20 ____ .

Copy mailed this _____ day of _____, 20 ____ .

Routing: Original - DCSS, Copy - DHS

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO CSE-0258A AFIDÁVIT DE RESCISIÓN DE PATERNIDAD

LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE

A. Propósito. Rescindir la paternidad establecida bajo A.R.S. § 36-334.

El Afidávit de Rescisión de Paternidad sólo podrán usarlo los padres quienes establecieron paternidad al presentar un Reconocimiento de Paternidad (CS-127) en la oficina de Registros Civiles del Departamento de Servicios de Salud de Arizona o con el secretario del tribunal.

Cualquiera de los padres puede rescindir el reconocimiento de paternidad dentro del más corto de estos plazos de tiempo: sesenta días a partir de la última firma en el reconocimiento, o la fecha de un procedimiento relacionado con el menor y en el cual el padre o la madre esté involucrado/a. Después de sesenta días podrá buscarse remedio sólo bajo A.R.S. § 25-812.

Una copia del Afidávit de Rescisión de Paternidad se enviará a la oficina de Registros Civiles del Departamento de Servicios de Salud de Arizona para el propósito de enmendar el acta de nacimiento si el niño/a nació en Arizona. El nombre del padre se borrará del mismo y él ya no se considerará como el padre legal del menor.

B. Cómo llenarlo.

Use sólo **TINTA NEGRA**. **NO SE ACEPTARÁN** tintas de otro color. Escriba a máquina o con letra de molde toda la información que le pidan excepto donde deba firmar.

NO HAGA CORRECCIONES EN ESTE FORMULARIO. Los formularios con tachaduras, borrones, alteraciones, etc. invalidarán el afidávit. **NO PRESENTE UN AFIDÁVIT QUE CONTENGA TALES CAMBIOS**. Si comete un error, pida otro formulario y empiece de nuevo.

Llene cada espacio en blanco o casilla del formulario. Información incompleta o errónea puede causar una demora para registrar el afidávit.

En la Recisión de Paternidad sólo puede nombrarse a un niño o niña. En casos que involucren a varios niños, la parte que pide rescindir la paternidad habrá de llenar una Rescisión de Paternidad separada por cada menor.

Devuelva todas las páginas del Afidávit de Rescisión de Paternidad a:

DES/DCSS
Hospital Paternity Program
P.O. Box 64533
Phoenix, AZ. 85082

Todas las preguntas acerca del Afidávit de Rescisión de Paternidad habrán de dirigirse a:

División de Servicios de Sustento para Menores
Unidad de Servicio al Cliente, (602) 252-4045



AFIDÁVIT DE RESCISIÓN DE PATERNIDAD

**ESCRIBA CLARAMENTE. LLENE SOLO CON TINTA NEGRA.
NO MODIFIQUE, DOCUMENTO LEGAL**

Menor (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____ Fec. nac. (*MM/DD/AA*): _____

Madre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____ Núm. Seg. Soc.: _____

Padre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____ Núm. Seg. Soc.: _____

Conforme a A.R.S. §§ 36-334 y 25-812 la persona que firma a continuación rescinde el Reconocimiento de Paternidad (CS-127) firmado y certificado ante un fedatario público por las partes arriba nombradas. Este afidávit es registrado dentro de 60 días de la última firma en el Reconocimiento de Paternidad registrado en la Registros Civiles del Departamento de Servicios de Salud de Arizona o con el secretario del tribunal o en la fecha de un procedimiento relacionado con el menor y en el cual el padre o la madre esté involucrado/a, lo que ocurra primero.

La persona que firma a continuación entiende que si el menor nació en Arizona, el acta de nacimiento del menor mencionado anteriormente se modificará eliminando el nombre del padre.

La persona que firma a continuación entiende que, si este Afidávit de Rescisión de Paternidad se presenta más de 60 días después de que se haya firmado el Reconocimiento de Paternidad, este formulario no puede usarse y la persona que firma a continuación debe solicitar amparo bajo el tribunal superior de conformidad con ARS§ 25-812 y Regla 60(c) de las Reglas de Procedimiento Civil de Arizona.

La persona que firma a continuación entiende que se rescinde la paternidad del menor mencionado anteriormente y que el padre mencionado anteriormente no será el padre legal bajo A.R.S. §§ 36-334 y 25-812.

Este Affidávit de Rescisión de Paternidad se firma voluntariamente sin amenaza de daño o coacción.

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Parte que rescinde la paternidad (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección postal (*Núm., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma de la parte que rescinde: _____ Fecha: _____

Estado de Arizona, Condado de _____ Suscrito y jurado o afirmado y reconocido ante mí en
este _____ día de _____, 20 ____ .

_____ Mi comisión se vence en _____

(Fedatario público)

FOR INTERNAL OFFICE USE ONLY (SOLO PARA LLENARSE POR LA OFICINA)

Affidavit of Rescission received by the Department of Economic Security on this _____ day of _____, 20 ____.

Affidavit of Rescission reviewed and approved on this _____ day of _____, 20 ____ by _____.

Copy mailed this _____ day of _____, 20 ____ . Copy mailed this _____ day of _____, 20 ____ .

TO:

Department of Health Services
Office of Vital Records
P.O. Box 3887
Phoenix, AZ 85030

TO: _____

Address (*No., Street*): _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____

By: _____ By: _____

Affidavit of Rescission rejected by the Department of Economic Security on this _____ day of _____, 20 ____.

Copy mailed this _____ day of _____, 20 ____ .