自愿亲子关系声明（VDOP）说明及申请表

California Department of Child Support Services
Parentage Opportunity Program

签署此表格是自愿的。这是一份法律文件。签名前请先阅读整个表格。

当您签署并提交此自愿亲子关系声明（VDOP）时，您在法律上就是该孩子的父母。

- 您有权在签字**之前**与律师交谈或要求进行基因检测。
- 您必须具备签署资格，否则该声明无效。

如果您属于以下任何一种情况，签署此表格**将**合法地确立您孩子的亲子关系。

要获得**资格**，您必须满足**以下任一条件**：

- 未婚亲生家长和唯一可能的亲生父亲。

或者

- 两个已婚或未婚的人，通过精子和/或卵子捐赠的辅助生殖技术生育该孩子，捐赠来自其配偶的除外。

在任何这些情况下提交的 VDOP 都将具有法律效力，除非出现以下任何情况。

继续 — 您有资格继续。

如果您属于以下任何一种情况，签署此表格**将不会**合法地确立您孩子的亲子关系。

如果您的情况包括以下情况，则您**没有资格**：

- **代孕**
  - 父母对这个孩子有代孕协议。
- **通过辅助生殖技术出生的孩子的亲子关系存在不确定性**
  - 你们中的一个人原本没有打算成为父母，但是现在改变了主意，想要被认可为父母。
  - 您同意通过精子或卵子捐赠来生育这个孩子，但不确定这个孩子是通过捐赠还是通过性交生育的。
- **辅助生殖、配偶捐献**
  - 这个孩子是由您的配偶捐赠的精子或卵子产生的。
- **存在另一个家长**
  - 其他人已根据法院命令被宣布为该孩子的家长。
  - 亲生家长已经与其他人为该孩子签署了 VDOP。
  - 除了签署此表的两人之外，还有其他人是根据捐献精子或卵子协议的预期家长。
  - 在怀孕和出生时，其他人已经与其亲家长母结婚并且一起生活；或者该孩子是在该婚姻期间或该婚姻结束后 300 天内出生的。
  - 亲生家长在该孩子出生后与某人结婚，并且该人有义务（根据书面或法院命令）为该孩子支付抚养费。

在任何这些情况下提交的 VDOP 均不具有法律效力。请参阅替代方案、权利、责任和后果在本表的最后一页。

停止 - 您没有资格完成 VDOP。

示例

一般信息

填写所附表格时，请使用黑色或蓝色墨水，用力按压并清晰书写。此表格必须在授权证人或公证人面前签署。

所附的“自愿亲子关系声明”（VDOP）表格可供自愿同意确认亲子关系的父母使用。填写并签署该表格是自愿的。**这是一份法律文件。签署表格前请仔细检查表格；** 其中包含有关您签署该表格对您和您的孩子意味着什么的重要信息。该表格必须在医院或接受表格的授权机构的授权见证人面前签署。如果没有在医院、产前诊所或授权机构签署，则您必须在公证人面前签署表格。

一旦将表格提交至子女抚养费服务部 (DCSS) 亲子关系机会计划 (POP)，则不可对其进行任何更正。

A部分

两个问题都必须回答

- **“未婚”**是指亲生家长在签署 VDOP 时未与任何人结婚。
- **“遗传父亲”**是指用于生育该孩子精子的人。

本节的所有部分均须填写。您的社会安全号码 (SSN) 或个人纳税人识别号（ITIN）可用于领取子女抚养费以及您的孩子可能需要的其他福利。如果您写下您的 SSN/ITIN，它将出现在 此表格的任何副本中。如果您没有 SSN/ITIN，则必须选中表示您没有的复选框。如果您未能提供 SSN/ITIN 或勾选表示您没有 SSN/ITIN的复选框，则会导致您的 VDOP 无法提交并退还给您。

B 部分

这是一份法律文件。签署表格前请先通读全文。父母双方均须在此部分底部签名并注明日期，以使该表格合法。父母双方均须在有見證人的情况下签名。

D 部分

仅 当表格由公证人见证时才需填写此部分。如果父母未在医院、产前诊所或授权机构填写表格，则他们只能在公证人面前填写并签字。如果在加利福尼亚州以外签署，则需要公证人。此部分须由公证人填写、签字并加盖公证章。

提交此表格

只需将此表格的签名原件发送至：

Department of Child Support Services
Parentage Opportunity Program (POP)
P.O. Box 419070
Rancho Cordova, CA 95741-9070

只接受此表格的签名原件，且必须在签名之日起 20 天内发送至 DCSS。

隐私权声明 - 1977 年《信息实践法》（《民法典》第 1798.17 条）和 1974 年《联邦隐私法》（《美国法典》第 5 卷第 552a(e)(3)、第 7 条注释）要求在从个人收集个人信息和社会安全号码（SSN）时提供此声明 。子女抚养费服务部 (DCSS) 和当地子女抚养费机构将使用此表格中要求提供的信息来识别和确定亲子关系。个人信息可能会与子女抚养费机构、福利机构、法院以及为此类机构提供服务的实体共享。提供电子邮件地址或个人纳税人识别号 (ITIN) 是自愿的；所要求的所有其他个人信息都是强制性的。未能提供强制性信息可能会导致向 DCSS 提交自愿亲子关系声明 (VDOP) 被拒绝。

负责维护表格的机构官员是：DCSS 亲子机会计划州协调员，PO Box 419070 Rancho Cordova, CA 95741-9070 电话：(866-249-0773). 授权征求和维护此类个人信息的法律参考包括《美国法典》第 42 卷第 666(a)(13) 条、《家庭法典》第 7570-7581 条和第 17212 条。VDOP 的副本保存在子女抚养费服务部的机密档案中。声明人有权通过拨打电话 (866-249-0773) 索取已提交的声明。

示例

自愿亲子关系声明（VDOP）

DCSS 0909 (Chinese [Simplified]) (01/01/2020)

SEND ORIGINAL TO: DCSS – DCSS Parentage Opportunity Program
PO Box 419070
Rancho Cordova, CA 95741-9070

此表格一旦提交给 DCSS 则不可更改
父母签名必须在授权证人或公证人面前完成

我们希望合法地确定我们孩子的父母身份

A部分：

亲生家长是否未婚? ☐ 是 ☐ 否

另一位家长是孩子的亲生父亲吗? ☐ 是 ☐ 否

孩子信息

孩子的名字:	出生日期（月/日/年）:	多胞胎?（双胞胎、三胞胎等）: 示例响应: 双胞胎 A, 双胞胎 B	
中间名字:	出生地点（医院、家里等）:	县:	
姓氏:	城市:	州:	国家:

亲生家长信息

名字:	出生日期（月/日/年）:	社会保障号/个人税号（请参阅隐私声明）:	☐ 通过勾选此复选框，我 证明 我 没有 一个 社会安全号码 或者 个人税号:
中间名字:	电话号码:	电子邮件地址:	
姓氏:	当前的邮寄地址（门牌号、街道、城市、州和邮政编码）		

其他家长信息

名字:	出生日期（月/日/年）:	社会保障号/个人税号（请参阅隐私声明）:	☐ 通过勾选此复选框，我 证明 我 没有 一个 社会安全号码 或者 个人税号:
中间名字:	电话号码:	电子邮件地址:	
姓氏:	当前的邮寄地址（门牌号、街道、城市、州和邮政编码）		

B 部分 父母双方必须签名并注明日期

1. 根据加利福尼亚州法律，各方均声明，他们已被告知并了解本表格背面所写的 ***替代方案、权利、责任和后果***，并且他们所提供的信息真实、正确，如有伪证，将受到处罚。各方确认，任何其他个人都无权合法声称拥有孩子的亲子关系，并接受根据适用法律提供子女抚养费的责任。双方都希望自己的姓名出现在孩子的出生证明上，并同意另一方家长的名字出现在出生证明上。各方确认其均 自愿签署此表格，未受到任何强迫、威胁或胁迫。
2. 如果这个孩子是通过辅助生殖技术出生的，则各方均确认，用于该出生的辅助生殖技术的精子/卵子不是来自亲生父母的配偶。捐献卵子/精子的人既不是亲生家长也不是另一位家长。捐赠者无意成为该孩子的家长。亲生家长和另一位家长都希望成为该孩子的父母。

亲生家长的签名:	签署日期:	另一位家长的签名:	签署日期:

C 部分 -家长签名必须在授权见证人面前完成

签署 日期	见证人签名	见证人工整书写名字和姓氏		
授权机构名称（医院、机构、诊所或其他）				
机构的完整地址和街道		城市:	州:	邮政编码:
签署 日期	见证人签名	见证人工整书写名字和姓氏		
授权机构名称（医院、机构、诊所或其他）				
机构的完整地址和街道		城市:	州:	邮政编码:

D 部分 -TO BE COMPLETED BY A NOTARY PUBLIC IF SECTION C IS NOT WITNESSED - REQUIRED WHEN SIGNING OUTSIDE OF CALIFORNIA （如果 C 部分没有见证人，则由公证人填写 - 在加利福尼亚州以外地区签署时需要）

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

(SEAL)

County of _____

On _____ before me, _____
(date) (insert name and title of the officer)

personally appeared _____

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s) or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.
WITNESS my hand and official seal.

Signature_____

示例

自愿亲子关系声明（VDOP）

DCSS 0909 (Chinese [Simplified]) (01/01/2020)

替代方案、权利、责任和后果:

根据加利福尼亚州法律规定，我愿依据伪证处罚法，声明我已阅读并理解以下声明：

替代方案：可以通过以下方式确定亲子关系：

- VDOP: 向加州子女抚养费服务部 (DCSS) 亲子关系机会计划 (POP) 提交一份签署的《自愿亲子关系声明》(VDOP)。
- 法院诉讼: 向法院提起法律诉讼，宣布您为合法父母。
- 推定: 根据加州法律，有些人被推定为父母。您可能需要与律师交谈或联系家庭法律协调员来确定这是否适用于您。

完成并提交本 VDOP 后，将产生以下法定权利、责任和后果：

权利:

- 它从法律上确立了亲子关系，使父母双方都有权寻求监护权或探视权，并有权就孩子的收养事宜进行咨询。
- 它授权将父母双方的姓名都写入孩子的出生证明上。
- 它允许孩子享受可由父母一方提供医疗保险、继承法、社会保障或退伍军人福利，受抚养人福利或遗属福利，如果符合条件。
- 每位家长均有权撤销本 VDOP。如果我决定撤销/取消此 VDOP，我需要在签署此 VDOP 之日起 60 天内向 DCSS POP 提交 VDOP 撤销表格 (DCSS 0915)。如果我在签署 VDOP 时未满 18 岁，则我可以在年满 18 岁后的 60 天内 撤销该决定。
- 每位家长都有两年的时间对此 VDOP 提出质疑。仅在有限情况下才允许提出质疑，并且在本 VDOP 生效之日起两年后禁止提出质疑。如果任何一方能够证明自己是因为欺诈、胁迫或重大事实错误而签署该表格，该声明也可能无效。

责任：

- 它规定了父母双方为孩子提供经济支持的义务。
- 它规定每个父母都有义务为孩子提供合理费率的医疗保险。

后果：

- 通过签署此 VDOP，我放弃以下所有宪法权利：
  - 收到有关该孩子父母身份的任何听证会的通知的权利。
  - 通过审判来决定我是否是这个孩子的家长的权利。
  - 有机会在法庭上陈述我的案情，包括出庭和盘问证人的权利，以及在当地子女抚养费机构就我的亲子关系的确立向我提起的诉讼中，如果我无力聘请律师，可以指定一名律师代表我，或者 执行我对这个孩子的抚养义务。
- 通过签署此 VDOP，我同意确认我对该孩子的亲子关系，并据此承担加利福尼亚州法律规定的父母的所有权利和责任。
- 通过签署此 VDOP，我同意签署方在法律上成为该孩子的家长。
- 如果本表格的任何签署人在签署本表格时未满 18 岁，则本表格将 在签署双方年满 18 岁或合法解放后 60 天才能合法确立亲子关系。
- 在向 DCSS POP 提交本 VDOP 后，每个签署人均接受加利福尼亚州任何质疑本 VDOP 的程序的个人管辖权。

问题：

- 如果您有任何疑问或需要 VDOP 撤销表格 (DCSS 0915)，请拨打免费电话 (866) 249-0773 联系州 POP 协调员。

示例