자발적 친자 관계 신고(VDOP) 지침 및 신청서

California Department of Child Support Services
Parentage Opportunity Program

이 양식에 서명하는 것은 자발적인 선택입니다. 이것은 법적 문서입니다. 서명하기 전에 양식 전체를 읽어보세요.

이 자발적 친자 관계 신고서(VDOP)에 서명하고 제출하면 귀하는 법적으로 이 자녀의 부모가 됩니다.

- 귀하는 서명하기 **전에** 변호사와 상담하거나 유전자 검사를 요청할 권리가 있습니다.
- 서명할 수 있는 자격이 있어야 하며, 그렇지 않으면 법적으로 무효가 됩니다.

다음 중 하나에 해당하는 경우 이 양식에 서명하면 자녀의 친자 관계가 법적으로 **확정됩니다**.

자격을 갖추려면 **둘 중 하나에**해당해야 합니다:

- 미혼의 친부모이고 유일하게 유전적으로 가능한 아버지.

또는

- 정자 및/또는 난자 기증을 통한 보조 생식술로 이 아이를 낳은 기혼 또는 미혼의 두 사람(그들의 배우자로부터 기증받은 경우는 제외).

아래 상황에 해당하지 않는 한 이러한 상황에서 제출된 VDOP는 법적으로 유효합니다.

계속 - 계속 진행할 수 있는 자격이 됩니다.

다음 중 하나에 해당하는 경우 이 양식에 서명한다고 해서 자녀의 친자 관계가 법적으로 성립되지 **않을 것입니다**.

다음과 같은 상황에서는 귀하에게 **자격이 없습니다**:

- **대리모**
  - 부모가 이 아이에 대한 대리모 계약을 맺었습니다.
- **보조 생식을 통해 태어난 자녀의 친자 관계에 대한 불확실성이 존재합니다**
  - 원래는 부모가 될 생각이 없었지만 마음이 바뀌어 부모로 인정받고 싶어하는 사람이 있습니다.
  - 정자 또는 난자 기증을 통해 아이를 낳는 데 동의했지만, 아이가 기증으로 낳은 것인지 성관계로 낳은 것인지 불확실한 경우.
- **보조 생식술, 배우자 기증**
  - 이 자녀는 배우자의 정자 또는 난자 기증으로 생산되었습니다.
- **다른 부모가 존재함**
  - 법원 명령에 따라 이미 다른 사람이 이 자녀의 부모로 선언되었습니다.
  - 친부모가 이미 다른 사람과 이 자녀에 대한 VDOP에 서명했습니다.
  - 이 양식에 서명하는 두 사람 이외의 다른 사람이 기증된 정자 또는 난자에 대한 계약에 따라 의도된 부모입니다.
  - 이 자녀의 임신 및 출산 당시 다른 사람이 생부모와 결혼하여 함께 살고 있었거나, 해당 결혼 기간 중 또는 결혼 종료 후 300일 이내에 이 자녀가 출생했습니다.
  - 이 자녀가 태어난 후 친부모가 다른 사람과 결혼했으며 그 사람은 (서면 또는 법원 명령에 따라) 이 자녀에 대한 양육비를 지급할 의무가 있습니다.

이러한 상황에서 제출된 VDOP는 법적으로 유효하지 않습니다. 이 양식의 마지막 페이지에 있는 대안, 권리, 책임 및 결과를 참조하세요.

중지 - VDOP를 작성할 수 있는 자격이 없습니다.

샘플

일반 정보

첨부된 양식을 작성할 때는 검정색 또는 파란색 잉크를 사용하고 꾹 눌러서 선명하게 정자체로 적으세요. 이 양식은 공인된 증인 또는 공증인의 입회하에 서명해야 합니다.

첨부된 자발적 친자 관계 신고서(VDOP) 양식은 친자 관계 성립에 자발적으로 동의하는 부모가 사용해야 합니다. 양식을 작성하고 서명하는 것은 자발적인 선택입니다. **이것은 법적 문서입니다. 서명하기 전에 양식을 주의 깊게 검토하세요;** 양식에 서명하면 귀하와 자녀에게 어떤 의미가 있는지에 대한 중요한 정보가 있습니다. 양식은 병원 또는 양식을 수락하는 공인 기관의 공인된 증인 입회하에 서명해야 합니다. 병원, 산부인과 또는 공인 기관에서 서명하지 않은 경우 공증인의 입회하에 양식에 서명해야 합니다.

아동양육지원서비스국(DCSS) 양육 기회 프로그램(POP)에 양식을 제출한 후에는 양식을 수정할 수 없습니다.

섹션 A

두 질문에 모두 답해야 합니다

- **"미혼"** 이란 VDOP에 서명할 당시 친부모가 결혼한 사람이 없음을 의미합니다.
- **"친생부"** 는 이 자녀의 출생에 정자를 제공한 사람을 의미합니다.

이 섹션의 모든 부분을 완료해야 합니다. 귀하의 사회보장번호(SSN) 또는 개인 납세자 식별 번호 (ITIN)을 사용하여 자녀 양육비 및 자녀에게 필요한 기타 혜택을 받을 수 있습니다. 만약 귀하의 SSN/ITIN을 적으면, 이 양식으로 만든 모든 사본에 해당 정보가 기재됩니다. SSN/ITIN이 없는 경우, 보유하고 있지 않음을 나타내는 확인란을 선택해야 합니다. SSN/ITIN을 제공하지 않거나 보유하지 않음을 나타내는 확인란을 선택하지 않으면 VDOP가 접수되지 않고 반송됩니다.

섹션 B

이것은 법적 문서입니다. 서명하기 전에 양식 전체를 읽으세요. 부모 모두 이 섹션 하단에 서명하고 날짜를 기재해야 양식이 적법하게 작성됩니다. 부모 모두의 서명은 증인의 입회하에 해야 합니다.

섹션 D

이 섹션은 공증인의 입회하에 양식을 작성하는 **경우에만** 작성해야 합니다. 부모가 병원, 산전 클리닉 또는 공인 기관에서 양식을 작성하지 않는 경우 공증인 앞에서만 양식을 작성하고 서명할 수 있습니다. 캘리포니아 이외의 지역에서 서명하는 경우 공증인이 꼭 필요합니다. 이 섹션은 공증인이 작성하고 서명 및 날인해야 합니다.

이 양식 제출하기

이 양식의 서명된 원본만 다음 주소로 보내야 합니다:

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

이 양식의 서명된 원본만 인정되며 서명일로부터 20일 이내에 DCSS로 보내야 합니다.

개인정보 고지 - 1977년 정보 관행법(민법 §1798.17) 및 1974년 연방 개인정보 보호법(미국법 제5장 §552a(e)(3), §7 참고)은 개인으로부터 개인정보 및 사회보장번호(, SSN)를 수집할 때 이 공지를 제공하도록 규정하고 있습니다. 이 양식에 요청된 정보는 신원 확인 및 친자 관계 확인을 위해 아동양육서비스국(DCSS) 및 지역 아동양육기관에서 사용합니다. 개인정보는 자녀 양육비 지원 기관, 복지 기관, 법원 및 해당 기관에 서비스를 제공하는 단체와 공유될 수 있습니다. 이메일 주소 또는 개인 납세자 식별 번호(ITIN) 제공은 선택 사항이며, 그 외 요청되는 모든 개인 정보는 필수 사항입니다. 필수 정보를 제공하지 않으면 DCSS에 자발적 친자 관계 신고서 (VDOP) 접수가 거부될 수 있습니다.

양식의 유지 관리를 담당하는 기관 담당자는 다음입니다: 주 코디네이터, DCSS의 부모 기회 프로그램, P.O. Box 419070 Rancho Cordova, CA 95741-9070 전화: (866-249-0773). 이 개인 정보의 요청 및 유지 관리를 승인하는 법적 근거로는 미국 연방규정 제42장 §666(a)(13), 가족법 §§7570-7581 및 §17212을 포함합니다. VDOP의 사본은 아동양육비 서비스국의 기밀 파일에 보관됩니다. 신고자는 전화(866-249-0773)로 요청하면 자신이 제출한 신고서를 열람할 수 있는 권리가 있습니다.

샘플

자발적 친자 관계 신고(VDOP)

DCSS 0909 (Korean) (01/01/2020)

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

*이 양식이 **DCSS**에 제출된 후에는 변경할 수 없습니다*
부모 서명은 공인 증인 또는 공증인의 입회하에 작성해야 합니다

우리는 자녀의 친자관계를 법적으로 확인하고자 합니다

섹션 A:

친부모가 미혼인가요? ☐ 예 ☐ 아니요

다른 부모가 자녀의 유전적 아버지입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

자녀 정보

자녀의 이름:	생년월일(월월/일일/년년년년):	다태아 출산? (쌍둥이, 세쌍둥이 등): 샘플 응답: 쌍둥이 A, 쌍둥이 B	
중간 이름:	출생지(병원, 자택 등):	카운티:	
성:	시:	주:	국가:

친부모 정보

이름:	생년월일(월월/일일/년년년년):	사회보장번호/개인 납세자 번호. (개인정보 처리방침 참조):	☐ 이 확인란을 선택하면 본인은 본인이 SSN 또는 ITIN이 없음을 인증합니다:
중간 이름:	전화 번호:	이메일 주소:	
성:	현재 우편 주소(번호, 도로명, 시, 주, 우편번호)		

다른 부모 정보

이름:	생년월일(월월/일일/년년년년):	사회보장번호/개인 납세자 번호. (개인정보 처리방침 참조):	☐ 이 확인란을 선택하면 본인은 본인이 SSN 또는 ITIN이 없음을 인증합니다:
중간 이름:	전화 번호:	이메일 주소:	
성:	현재 우편 주소(번호, 도로명, 시, 주, 우편번호)		

섹션 B 부모 모두 서명하고 날짜를 기입해야 합니다

1. 각 당사자는 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 본 양식의 뒷면에 기재된 ***대안, 권리, 책임 및 결과를*** 숙지하고 이해했으며 제공한 정보가 진실하고 정확하다는 것을 선언합니다. 각 당사자는 다른 개인이 자녀의 친자 관계를 법적으로 주장할 수 없음을 확인하고 관련 법률에 따라 자녀 양육비를 제공할 책임을 수락합니다. 각 당사자는 자녀의 출생증명서에 이름을 올리기를 원하며, 다른 부모가 출생증명서에 이름을 올리는 데 동의합니다. 각 당사자는 강제, 위협 또는 강압에 의하지 않고 자발적으로 이 양식에 서명하고 있음을 확인합니다.
2. 이 자녀가 보조 생식술에 의해 출생한 경우, 각 당사자는 이 출생에 보조 생식술에 사용된 정자/난자가 친부모의 배우자가 제공한 것이 아님을 확인합니다. 난자/정자를 기증한 사람은 친부모도 아니고 다른 부모도 아닙니다. 기증자는 이 자녀의 부모가 될 의사가 없습니다. 친부모와 다른 부모 모두 이 자녀의 부모가 되려고 합니다.

친부모의 서명:	서명 날짜:	다른 부모의 서명 :	서명 날짜:

섹션 C - 부모 서명은 공인된 증인 입회하에 작성해야 합니다

서명 날짜	증인 서명	증인의 정자체 이름과 성		
승인된 기관 이름(병원, 기관, 클리닉 등)				
기관의 전체 주소 번호 및 거리		시:	주:	우편번호:
서명 날짜	증인 서명	증인의 정자체 이름과 성		
승인된 기관 이름(병원, 기관, 클리닉 등)				
기관의 전체 주소 번호 및 거리		시:	주:	우편번호:

섹션 D - TO BE COMPLETED BY A NOTARY PUBLIC IF SECTION C IS NOT WITNESSED - REQUIRED WHEN SIGNING OUTSIDE OF CALIFORNIA (섹션 C를 증인 입회하에 작성하지 않은 경우 공증인이 작성해야 함 - 캘리포니아 외 지역에서 서명할 때 필수 요구 사항)

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_____

샘플

DISTRIBUTION: Original White Copy – DCSS Yellow & Pink Copies – Parents Green Copy – Local Child Support Agency

자발적 친자 관계 신고(VDOP)

DCSS 0909 (Korean) (01/01/2020)

대안, 권리, 책임 및 결과에 대해 설명합니다:

본인은 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 다음 내용을 읽고 이해했음을 선언합니다:

대안: 친자 관계는 다음과 같이 설정할 수 있습니다:

- VDOP: 캘리포니아주 아동양육서비스국(DCSS) 친권자 기회 프로그램(POP)에 서명된 자발적 친권자 신고서(VDOP)를 제출합니다.
- 법정 소송: 법원에 법적 부모를 선언하기 위한 법적 소송을 제기합니다.
- 추정: 일부 사람들은 캘리포니아 법에 따라 부모로 추정됩니다. 변호사와 상담하거나 가정법 조력자에게 문의하여 자신에게 해당되는지 확인할 수 있습니다.

본 VDOP의 작성 및 제출로 인해 다음과 같은 법적 권리, 책임 및 결과가 적용됩니다:

권리:

- 부모 관계를 법적으로 확립하여 각 부모가 양육권 또는 방문권을 요구하고 자녀 입양에 대해 상담할 수 있는 권리를 갖도록 합니다.
- 자녀의 출생증명서에 부모 모두의 이름을 기재할 수 있는 권한을 부여합니다.
- 이를 통해 자녀는 의료 보험, 상속법, 자격이 되는 경우, 사회 보장 또는 재향 군인의 부양 가족 또는 유족 혜택을 아무 부모로부터 받을 수 있습니다.
- 각 부모는 이 VDOP를 철회할 권리가 있습니다. 이 VDOP를 철회/취소하기로 결정한 경우, 본인은 이 VDOP에 서명한 날로부터 60일 이내에 DCSS POP에 VDOP 철회 양식(DCSS 0915)을 제출해야 합니다. VDOP에 서명할 당시 만 18세 미만이었던 경우, 만 18세가 된 후 60일 이내에 철회할 수 있습니다.
- 각 부모는 2년의 기간 동안 이 VDOP에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기는 제한된 상황에서만 허용되며, 이 VDOP가 발효된 날로부터 2년이 지나면 금지됩니다. 또한 서명자 중 한 명이 사기, 협박 또는 중대한 사실 착오로 인해 양식에 서명했음을 증명할 수 있는 경우 무효화될 수 있습니다.

책임:

- 이는 각 부모에게 자녀를 위한 재정적 지원을 제공할 의무를 규정합니다.
- 이는 각 부모가 합리적인 요금으로 가능한 경우 이 자녀에게 의료 보험을 제공해야 할 의무를 규정합니다.

결과:

- 이 VDOP에 서명함으로써 본인은 다음의 모든 헌법상 권리를 포기합니다:
  - 이 자녀의 친자 관계에 관한 모든 청문회 통지를 받을 권리.
  - 내가 이 자녀의 부모인지 여부를 결정하기 위한 재판을 받을 권리.
  - 지역 양육비 지원 기관이 친자 관계 확인 또는 이 자녀에 대한 양육비 의무 집행과 관련하여 나를 상대로 제기한 소송에서 증인 출석 및 반대 심문을 할 권리를 포함하여 법정에서 내 사건을 진술할 기회를 가질 권리, 그리고 내가 변호사를 선임할 수 없는 경우 나를 대리할 변호사를 선임할 수 있는 권리.
- 본 VDOP에 서명함으로써 본인은 이 자녀의 친자 관계 설정에 동의하며, 이로써 캘리포니아주 법률에 따라 부모의 모든 권리와 책임을 맡게 됩니다.
- 이 VDOP에 서명함으로써 본인은 서명하는 상대방이 이 자녀의 부모로 법적으로 지정되는 것에 동의하는 것입니다.
- 이 양식의 서명자 중 한 명이 이 양식에 서명할 때 만 18세 미만인 경우, 두 서명자 모두 만 18세가 되거나 법적으로 성년이 된 후 60일이 지나야 법적으로 친자 관계가 성립됩니다.
- 각 서명자는 본 VDOP를 DCSS POP에 제출하는 즉시 이 VDOP에 이의를 제기하는 모든 절차에 대한 캘리포니아의 개인적 관할권에 동의합니다.

질문:

- 궁금한 점이 있거나 VDOP 철회 양식(DCSS 0915)이 필요한 경우, 무료 전화 (866) 249-0773번으로 주 POP 코디네이터에게 문의하세요.

샘플