



--

Reconocimiento Voluntario de Paternidad/Maternidad de Illinois (VAP)

Por favor lea todas las partes de este formulario, incluyendo sus derechos y responsabilidades e instrucciones en el reverso, antes de completar el formulario. Todos los campos deben ser respondidos. **ESCRIBA O IMPRIMA CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL.**

Marque donde firmó: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro					
Menor (Información según aparece en el certificado de nacimiento) – Imprima toda la información					
Nombre		Segundo Nombre (si tiene)		Apellido (igual que en el certificado de nacimiento)	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nombre del Hospital o Dirección del lugar de nacimiento (si no nació en un hospital)	
				Ciudad	
				Estado	
				Condado	
PROGENITOR (GENÉTICO O INTENCIONAL) – Imprima toda la información					
Nombre		Segundo Nombre (si tiene)		Apellido	
				Sufijo (Jr., II, III)	
Dirección actual: Calle o Apartado Postal		Ciudad		Estado	
				Código Postal	
				Teléfono de día (con código de área)	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Lugar de Nacimiento - Ciudad		Estado	
				País si no es Estados Unidos	
				SSN or ITIN	
PROGENITOR QUE DIO A LUZ – Imprima toda la información					
Nombre		Segundo Nombre (si tiene)		Apellido	
				Apellido de soltera (antes del primer matrimonio)	
Dirección actual: Calle o Apartado Postal		Ciudad		Estado	
				Código Postal	
				Teléfono de día (con código de área)	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Lugar de Nacimiento - Ciudad		Estado	
				País si no es Estados Unidos	
				SSN or ITIN	
¿Estaba casado(a) o en una unión civil con una persona que no es el Progenitor mencionado arriba cuando nació este menor, o dentro de los 300 días anteriores al nacimiento de este menor? Si la respuesta es sí, debe proporcionar el nombre completo de su Cónyuge (cónyuge o ex cónyuge). Usted y su Cónyuge deben completar una Negación de Paternidad/Maternidad para que este VAP sea válido y para colocar el nombre del Progenitor en el certificado de nacimiento del menor.				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es sí, complete la información del Cónyuge a continuación)	
				Nombre del Cónyuge	
				Segundo Nombre (si tiene)	
				Apellido	

Al firmar a continuación, confirmo que he leído las instrucciones y mis derechos y responsabilidades en el reverso de este formulario. He recibido una explicación oral del Reconocimiento Voluntario de Paternidad/Maternidad (VAP). Entiendo que firmar este formulario crea y renuncia ciertos derechos y responsabilidades legales.

ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR UNA PRUEBA GENÉTICA SOBRE LA PATERNIDAD/MATERNIDAD DE ESTE MENOR. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RENUNCIO A MI DERECHO A UNA PRUEBA GENÉTICA.

Bajo las penas de perjurio (según lo definido en la Sección 1-109 del Código de Procedimiento Civil de Illinois), certificamos que: El Progenitor listado en este formulario es el único otro posible progenitor genético o intencional de este menor. Este menor no tiene ya un progenitor legalmente reconocido o ordenado por la corte. Firmamos voluntariamente este formulario para establecer legalmente la paternidad/maternidad y dar permiso para que el nombre del Progenitor se agregue al certificado de nacimiento del menor. Entendemos que este formulario tiene el mismo efecto legal que una orden judicial. Los desafíos a este formulario solo se permiten por fraude, coacción o error material de hecho, y generalmente solo dentro de los 2 años posteriores a su presentación ante HFS.

Cada progenitor debe firmar este formulario frente a un testigo, mayor de 18 años. El testigo no debe ser un progenitor ni un menor nombrado en este VAP.

Firma del PROGENITOR – firme a continuación				Firma del PROGENITOR QUE DIO A LUZ – firme a continuación			
Correo electrónico				Correo electrónico			
Testigo de la Firma del Progenitor				Testigo de la Firma del Progenitor que dio a luz			
Nombre impreso				Nombre impreso			
Firma				Firma			
Dirección: Calle o Apartado Postal		Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono				Teléfono			
Fecha de Firma del Progenitor (mm/dd/aaaa)				Fecha de Firma del Progenitor (mm/dd/aaaa)			

Instrucciones para completar el Reconocimiento Voluntario de Paternidad/Maternidad de Illinois (VAP)

PROPÓSITO: El Reconocimiento Voluntario de Paternidad/Maternidad (VAP), cuando lo firman el Progenitor que dio a luz y el Progenitor (genético o intencional), establece la relación legal entre el Progenitor y el menor y permite colocar el nombre del Progenitor en el certificado de nacimiento. El Progenitor puede ser un progenitor genético (que no es el Progenitor que dio a luz) o un progenitor intencional de un menor nacido mediante reproducción asistida (excepto subrogación). El Progenitor (genético o intencional) se convierte en progenitor legal del menor cuando el VAP se firma, se presencia y se presenta ante el Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS), creando ciertos derechos y responsabilidades legales para el menor y los progenitores.

El VAP puede completarse antes del nacimiento de su hijo, pero no es válido hasta que el menor nazca y el VAP se presente ante HFS. Un VAP también puede completarse después de salir del hospital o para un menor nacido en otro estado. **Los formularios que contengan errores serán rechazados. Si se rechaza, no se establece la paternidad/maternidad y el nombre del Progenitor no se colocará en el certificado de nacimiento.**

Si el Progenitor que dio a luz está o estuvo casado(a) (o en una unión civil) con una persona que no es el Progenitor (genético o intencional) cuando nació este menor, o dentro de los 300 días anteriores, debe firmarse, presenciarse y presentarse una Negación de Paternidad/Maternidad (Negación) además del VAP.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Entiendo que:

- El VAP es un documento legal, y cuando se firma, se presencia y se presenta ante HFS, tiene el mismo efecto que una orden judicial que determina la relación legal entre el Progenitor (genético o intencional) y el menor.
- Si soy menor de edad, tengo derecho a firmar y que este formulario sea presenciado sin el permiso de mi tutor.
- Es mi responsabilidad proporcionar apoyo financiero para el menor, que puede incluir manutención infantil y apoyo médico desde el nacimiento del menor hasta que tenga al menos 18 años.
- Este VAP no otorga tiempo de crianza al Progenitor (genético o intencional); sin embargo, le da derecho a solicitar tiempo de crianza.
- Tanto el Progenitor que dio a luz como el Progenitor (genético o intencional) pueden rescindir la acción firmando un Formulario de Rescisión del Reconocimiento Voluntario de Paternidad/Maternidad de Illinois o una Rescisión de la Negación de Paternidad/Maternidad. La Rescisión debe firmarse, presenciarse y presentarse ante HFS dentro de los 60 días desde la fecha efectiva del VAP o la fecha de un procedimiento relacionado con este menor, lo que ocurra primero.

INSTRUCCIONES – USAR TINTA NEGRA O AZUL

1. Cada progenitor debe firmar y fechar el formulario frente a un testigo (mayor de 18 años y no nombrado en el formulario) y enviar el documento oficial completado a HFS.
2. Si el VAP se completa en el hospital cuando nace el menor, el personal del hospital agregará el nombre del Progenitor (genético o intencional), junto con el nombre del Progenitor que dio a luz, al certificado de nacimiento y enviará el VAP a HFS para su registro.
3. Si el VAP no se completa en el hospital, cada persona debe firmar y fechar el formulario frente a un testigo (mayor de 18 años y no nombrado en el formulario) y enviar el documento oficial completado a HFS.
4. El Progenitor que dio a luz debe indicar “No” o “Sí” si está o estaba casado(a) o en unión civil con una persona que no es el Progenitor (genético o intencional) cuando nació el menor, o dentro de los 300 días anteriores. Si la respuesta es “Sí”, debe proporcionar el nombre del Cónyuge (cónyuge o ex cónyuge). El Progenitor que dio a luz y el Cónyuge deben firmar la Negación, y el Progenitor que dio a luz y el Progenitor (genético o intencional) deben firmar el VAP para establecer la paternidad legal y colocar el nombre del Progenitor (genético o intencional) en el certificado de nacimiento. Si el Progenitor que dio a luz y el Cónyuge no firman la Negación, el Cónyuge es el progenitor legal del menor y, por ley, su nombre debe colocarse en el certificado de nacimiento.

Enviar documento oficial a: HFS – Administrative Coordination Unit (ACU)
PO Box 19152
Springfield, Illinois 62794-9152

La Unidad de Coordinación Administrativa (ACU) registrará el VAP oficial y enviará una copia del VAP completado (y la Negación, si es necesario) ya sea a: 1. Departamento de Salud Pública de Illinois, División de Registros Vitales (para nacimientos en Illinois); o 2. Oficina de Registros Vitales en el estado afectado (para nacimientos fuera del estado).

Este formulario está disponible en inglés y español a solicitud y puede encontrarse en el sitio web de HFS en <https://hfs.illinois.gov/childsupport/formsbrochures>. La versión en español solo puede usarse con fines de traducción. **La versión en español no es un documento legalmente aceptable. Sólo la versión en inglés de este documento puede ser firmada, presenciada y presentada ante HFS.**

SI LAS PIDE, TENEMOS VERSIONES EN ESPAÑOL DISPONIBLES Y EN EL SITIO DEL DEPARTAMENTO EN EL INTERNET EN <https://hfs.illinois.gov/childsupport/formsbrochures>, PERO SÓLO SE PUEDEN USAR PARA PROPÓSITOS DE TRADUCCIÓN. LAS VERSIONES EN ESPAÑOL NO SON DOCUMENTOS LEGALES ACEPTABLES. SÓLO LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL DOCUMENTO SE PUEDE FIRMAR Y ATESTIGUAR.

Para solicitar una copia certificada del VAP o formularios relacionados, complete y siga las instrucciones en el HFS 3416H, Solicitud de una Copia Certificada del Reconocimiento Voluntario de Paternidad/Maternidad y/o Negación de Paternidad/Maternidad. Este formulario también puede encontrarse en el sitio web de HFS proporcionado arriba.

Si tiene preguntas relacionadas con el certificado de nacimiento del menor, visite la División de Registros Vitales del Departamento de Salud Pública en <https://dph.illinois.gov/topics-services/birth-death-other-records> o envíe un correo a dph.vitals@illinois.gov.

Para una explicación grabada de sus derechos y responsabilidades llame al 1-844-215-6576, o si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al centro de atención al cliente al 1-800-447-4278.