

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ЗАЯВИТЬ ОБ  
ОТЦОВСТВЕ ПО ОТНОШЕНИЮ РЕБЕНКА  
РОЖДЕННОГО ВНЕ БРАКА**

DATE NOTICE SENT:

/ /

**ТОЛЬКО ДЛЯ  
ПОЛЬЗОВАНИЯ**

ДАТА: / /

КОМУ: Putative Father Registry  
New York State Office of Children and Family Services  
Room 332, North Building  
52 Washington Street,  
Rensselaer, NY 12144

Настоящим я сообщаю Вам, что я намерен заявить об отцовстве и зарегистрировать свое имя в реестре в качестве родителя:

ИМЯ РЕБЕНКА (Напечатать или ввести):

МЕСТО РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА:

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

/ /

ИМЯ РОДИТЕЛЯ ПРИ РОЖДЕНИИ:

Я понимаю, что я должен информировать реестр о любом изменении адреса. Я понимаю, что данная форма не может быть отозвана без постановления суда.

ИМЯ (Напечатать или ввести):

АДРЕС:

ПОДПИСЬ:

ДАТА ПОДПИСИ:

/ /