

Completion Instructions for CS-258
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.

The Affidavit of Paternity Rescission must be signed in the presence of a Notary Public. The Notary Public will require photo identification from the party signing the form.

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 40458
Phoenix, AZ 85067

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

Division of Child Support Services
Customer Service Unit, (602) 252-4045
or
Hospital Paternity Program, 1-800-485-6908

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Child Support Services at (602) 252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Español en el reverso.

Instrucciones para llenar el formulario CS-258
AFIDAVIT DE RESCISION 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 mediante registro de un Reconocimiento de Paternidad (CS-127) en la Oficina de Registros Vitales del Departamento de Servicios de Salud de AZ 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 niño y en el cual el padre o la madre esté involucrado(a). Pasados sesenta días podrá buscarse remedio sólo bajo A.R.S. § 25-812.

Una copia del Afidávit de Rescisión de Paternidad será enviada al Departamento de Servicios de Salud de Arizona, Oficina de Registros Vitales, para el propósito de enmendar el certificado de nacimiento si el niño(a) nació en Arizona. El nombre del padre será borrado del mismo y él ya no será considerado como el padre legal del menor.

B. Cómo llenarlo.

Use sólo **TINTA NEGRA. NO SE ACEPTARA** 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 AFIDAVIT QUE CONTENGA TALES CAMBIOS.** Si comete un error, pida otro formulario y empiece de nuevo.

Llene cada blanco o cajita del formulario. Información incompleta o errónea puede causar demora para registrar el Afidávit.

El Afidávit de Rescisión de Paternidad habrá de firmarse en la presencia de un Notario Público. El Notario Público pedirá identificación con fotografía de la parte quien firme el formulario.

En la Rescisión de Paternidad sólo puede nombrarse a un niño o niña. En casos que involucren a varios niños, la parte quien 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 40458
Phoenix, AZ 85067

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

División de Servicios de Sustento para Menores
Unidad de Servicios a Clientes, (602) 252-4045

o
Programa de Paternidad en Hospitales, 1-800-485-6908

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al (602) 252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • English on front.

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Child Support Services

AFFIDAVIT OF PATERNITY RESCISSION

Please PRINT clearly. Complete in BLACK INK only. DO NOT ALTER, LEGAL DOCUMENT

CHILD'S NAME <i>(Last, first, middle)</i>	BIRTHDATE (MM/DD/YY)
MOTHER'S NAME <i>(Last, first, middle)</i>	SOC. SEC. NO
FATHER'S NAME <i>(Last, first, middle)</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.

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____.

(Notary Public) My Commission expires _____

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: _____
(Street No.)

(City, State and ZIP)

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



AFIDAVIT DE RESCISION DE PATERNIDAD

Favor de usar LETRA DE MOLDE y escribir claro. Use sólo TINTA NEGRA. DOCUMENTO LEGAL, NO ALTERE.	
NOMBRE DEL NIÑO(A) (<i>Apellido, nombre de pila, segundo nombre</i>)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)
NOMBRE DE LA MADRE (<i>Apellido, nombre de pila, segundo nombre</i>)	NUM. SEG. SOC.
NOMBRE DEL PADRE (<i>Apellido, nombre de pila, segundo nombre</i>)	NUM. SEG. SOC.

Conforme a A.R.S. §§ 36-334 y 25-812 la persona abajo firmante rescinde el Reconocimiento de Paternidad (CS-127) firmado y certificado ante un notario público por las partes nombradas arriba. Este Afidávit es registrado dentro de 60 días de la última firma en el Reconocimiento de Paternidad registrado en la Oficina de Registros Vitales del Departamento de Servicios de Salud de Arizona o con el Secretario del Tribunal o en la fecha de un procedimiento relacionado con el niño y en el cual el padre o la madre esté involucrado(a), lo que ocurra primero.

El abajo firmante entiende que si el niño nombrado nació en Arizona, el certificado de nacimiento será modificado borrando el nombre del padre.

El abajo firmante entiende que si este Afidávit de Rescisión de Paternidad es registrado más de 60 días después de haberse firmado el Reconocimiento de Paternidad, no podrá usar este formulario y el abajo firmante habrá de buscar remedio en el Tribunal Superior bajo A.R.S. § 25-812 y Regla 60(c) del Reglamento para Procedimientos Civiles de Arizona.

El abajo firmante entiende que ha rescindido la paternidad del niño(a) nombrado y que el padre nombrado arriba no será considerado como el padre conforme a A.R.S. §§ 36-334 y 25-812.

La firma en este Afidávit de Rescisión de Paternidad es voluntaria, sin amenazas de daño ni coacción.

NOMBRE DE LA PARTE QUIEN RESCINDE LA PATERNIDAD (<i>Apellido, nombre de pila, segundo nombre</i>)	
DOMICILIO POSTAL (<i>Núm., calle, ciudad, estado, código postal</i>)	
FIRMA DE LA PARTE QUIEN RESCINDE LA PATERNIDAD	FECHA

Estado de Arizona, Condado _____ . Suscrito y jurado o afirmado y reconocido ante mí este _____ día de _____, 20____. Mi Comisión expira _____
(Notario Público)

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: _____
(Street No.)

(City, State and ZIP)

By: _____ By: _____

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