

WAIVER OF PATERNITY AFFIDAVIT

(THIS IS A LEGAL DOCUMENT, PLEASE TYPE OR PRINT IN BLACK INK.)

DECLARACIÓN JURADA DE EXENCIÓN DE PATERNIDAD

(ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL, POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE CON TINTA NEGRA.)

AFFIDAVIT OF PRESUMED FATHER / DECLARACIÓN JURADA DE PRESUNTO PADRE

STATE OF /
ESTADO DE _____)

County of /
Condado de _____)

ss. **AFFIDAVIT / DECLARACIÓN JURADA**

I, / Yo, _____, being duly sworn upon my oath,
(Presumed Father's Name – First, Middle, Last) / (*Nombre del presunto padre – Nombre, Segundo nombre, Apellido*)

under penalty of perjury, depose and say: that I am the former/present husband of / *estando debidamente juramentado, bajo pena de perjurio, declaro y digo:*

que soy el marido anterior/actual de _____
(Name of Child's Mother - First, Middle, Last) / (*Nombre de la madre del niño/a – Nombre, Segundo nombre, Apellido*)

and that at the time of conception of: /
y que en el momento de concepción de: _____
Child's Name (First, Middle, Last) / *Nombre del niño/a (Nombre, Segundo nombre, Apellido)*

I was married to /
yo estaba casado con _____,
(Name of Child's Mother – First, Middle, Last) / (*Nombre de la madre del niño/a – Nombre, Segundo nombre, Apellido*)

but did not have sexual access to her during the conception period(s). / *pero no tuve acceso sexual a ella durante el (los) periodo(s) de concepción.*

Therefore, I am not the natural father of the above-named child and hereby relinquish and waive all legal right that I might have to the above named minor child.

Por lo tanto, no soy el padre natural del niño/a mencionado anteriormente y por este medio renuncio y renuncio a todos los derechos legales que pueda tener para el menor nombrado anteriormente.

Further, I do not object to any proceeding to establish paternity against the natural father. I waive my right to notice of and my right to appear at any hearing for the above-named child.

Además, no me opongo a ningún procedimiento para establecer la paternidad del padre natural. Renuncio a mi derecho de aviso y a mi derecho de presentarme a cualquier audiencia del niño/a que se nombra arriba.

Dated: / *Fecha:* _____

Signature: / *Firma:* _____

Subscribed and sworn or affirmed and acknowledged before me this date: /

Suscrito y jurado o ratificado y reconocido ante mi en esta fecha: _____

My Commission Expires: / Notary Public /

Mi comisión expira: _____ *Fedatario* _____

See reverse for EOE/ADA/LEP/GINA disclosures

Vea el reverso para leer la declaración de EOE/ADA/LEP/GINA



Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • 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

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • 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