

RENUNCIA AL DERECHO DE AVISO Y PRESENTACION

Yo, _____, nacido el _____,
(Nombre completo del padre/madre) (Fecha de nacimiento)
 soy _____ de _____
(Parentesco) (Nombre completo del niño(a))
 nacido el _____ a las _____ M., en _____.
(Fecha de nacimiento) (Ciudad, condado, estado)

Voluntariamente renuncio a mis derechos de aviso y presentación a cualquier audiencia o procedimientos relacionados con la dependencia, separación y adopción del niño(a) nombrado arriba.

Comprendo que esto indica que NO se me notificará cuando haya audiencias o procedimientos y que NO se requerirá NI se espera que yo asista. Comprendo que éstas audiencias y procedimientos se llevarán acabo sin mi presencia, y que el resultado de la audiencias y procedimientos probablemente sea que todos mis derechos al niño(a) se terminarán completamente incluyendo el derecho a custodia, cuidado, contral y visitación.

(Persona quien renuncia a sus derechos)

(Domicilio residencial)

(Ciudad, estado, código postal)

Certifico que la persona quien renuncia a sus derechos firmó la renuncia en mi presencia e igualmente que yo firmé en su presencia.

(Firma de testigo mayor de 18 años)

(Firma de testigo mayor de 18 años)

(Domicilio residencial)

(Domicilio residencial)

(Ciudad, estado, ZIP)

(Ciudad, estado, código postal)

Signed before me on _____ at _____ M.
(Date) (Time)

My commission expires:

(Date)

(Notary Public)

(Street address)

(City, State, ZIP)

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales 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 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, 602-542-3598; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.