

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
혼외 출생 자녀의 친권을 주장하려는 의도에  
대한 고지

DATE NOTICE SENT: / /	담당자 기입란
--------------------------	---------

날짜: / /

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

본 건은 본인이 혈통을 주장하고 다음 자녀의 부모로서 등록소에 본인 이름을 제출할 의사가 있음을 알려드리기 위한 것입니다.

자녀 이름(정자체 또는 타이핑):

자녀 출생지:	생년월일: / /
---------	--------------

친부모 이름:
---------

본인은 주소 변경에 대해 등록소에 계속 정보를 제공해야 한다는 것을 이해합니다. 본인은 이 양식이 법원 명령 없이 취소될 수 없음을 이해합니다.

이름(정자체 또는 타이핑):

주소:
-----

서명:	서명일: / /
-----	-------------