

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**AVISO DE INTENCIÓN DE RECLAMAR FILIACIÓN  
CON UN NIÑO NACIDO FUERA DE MATRIMONIO**

FECHA DE ENVÍO DEL AVISO:

/ /

**SOLO PARA EL  
USO DE LA  
AGENCIA**

FECHA: / /

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

Esto es para informarle que tengo la intención de reclamar una relación filial y de registrar mi nombre en el registro como padre/madre de:

NOMBRE DEL NIÑO (Letra de molde o a máquina):

LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

/ /

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DIO A LUZ:

Entiendo que debo mantener informado al registro sobre cualquier cambio de domicilio. Entiendo que este formulario NO se puede revocar sin una orden judicial.

NOMBRE (Letra de molde o a máquina):

DIRECCIÓN:

FIRMA:

FECHA DE LA FIRMA:

/ /