

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
State Registrar of Vital Statistics

DECLARACIÓN DE PATERNIDAD
DECLARACIÓN JURADA DEL PADRE

Conforme a KRS 213.046, yo, _____, después de haber jurado
(Nombre completo del padre)
debidamente, por la presente declaro, afirmo y reconozco que soy el padre biológico de un(a) niño(a) _____
(Sexo)
llamado(a) _____ que nació el _____,
(Nombre completo del niño al nacer) (Mes) (Día) (Año)
en _____, Kentucky.
(Hospital) (Ciudad) (Condado)
Mi fecha de nacimiento es el _____. Nací en _____.
(Mes) (Día) (Año) (Ciudad) (Estado) (País)
El grado escolar más alto que he terminado es _____. Mi raza es _____. Soy de origen hispano _____.
(Sí/No)
(Si responde Sí, especificar) _____. Mi Número de Seguro Social es _____.
(Cubano, Mexicano, etc.)
Mi dirección actual es _____
(Calle y Número, Número de Apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)

HE LEÍDO Y ENTIENDO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES ENUMERADOS AL DORSO DE LA PÁGINA.

(Firma del padre)
Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ del 20 _____.

Mi comisión se vence _____ Firma y número de Notary (fedatario) _____

DECLARACIÓN JURADA DE LA MADRE

Yo, _____, después de haber jurado debidamente, a través de la presente declaro, afirmo
(Nombre completo de la madre)
y reconozco que soy la madre biológica del niño mencionado arriba y que _____,
(Nombre del padre)
el declarante arriba, es el padre biológico de dicho niño. Mi nombre completo de soltera es _____.
(Nombre antes del primer matrimonio)
Mi fecha de nacimiento es el _____. Mi Número de Seguro Social es _____.
(Mes) (Día) (Año)
Mi dirección actual es _____
(Calle y Número, Número de Apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)

APELLIDO(S) DESEADO(S) DEL NIÑO _____
(Si está cambiando el apellido(s) del niño, por favor escriba el apellido(s) deseado(s).)

HE LEÍDO Y ENTIENDO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES ENUMERADOS AL DORSO DE LA PÁGINA.

(Firma de la madre)
Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ del 20 _____.

Mi comisión se vence _____ Firma y número de Notary (fedatario) _____

SOLO PARA EL USO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

(Nombre del representante)

(Nombre del Médico o de la Instalación)

(Dirección postal del Médico o de la Instalación)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

(Firma del representante)

FOR STATE AGENCY USE ONLY
(SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA ESTATAL)

(División de Cumplimiento de Manutención Infantil)

CONFORME A KRS 213.046 Cuando ocurre un nacimiento en un hospital, o en camino al hospital, a una mujer **soltera**, el representante del hospital presentará a la madre y al padre, si está disponible, **excepto cuando cualquiera de los dos padres es menor de edad**, información con respecto al establecimiento de la paternidad. Si los padres están de acuerdo, el representante del hospital proveerá el formulario de Reconocimiento Voluntario de la Paternidad para que los padres lo completen ante un *notary* (fedatario). El formulario de Reconocimiento Voluntario de la Paternidad acompañará el certificado de nacimiento a la Oficina de Estadísticas Vitales, donde el nombre del padre se agregará al certificado de nacimiento. Luego, una copia del formulario de Reconocimiento Voluntario de la Paternidad será enviada a la División de Cumplimiento de Manutención Infantil.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

ENTIENDO...

- ...que si tengo preguntas con respecto a la consecuencia legal de firmar este formulario, debo buscar asesoría legal.
- ...que tengo el derecho de pedir una prueba genética antes de firmar este formulario si tengo alguna duda con respecto a la paternidad del niño cuyo nombre aparece en esta declaración jurada.
- ...he leído la información acerca del reconocimiento de la paternidad. Además, he recibido una explicación verbal del proceso de reconocimiento voluntario, y las alternativas que me son disponibles, o he escuchado una cinta auditiva, o visto un video que provee esta información.
- ...que tengo el derecho y me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar este formulario. “La oportunidad de hacer preguntas” incluye comunicarme con la agencia de manutención infantil al número telefónico sin cargo que se da abajo, aun si esto implica una demora en firmar este formulario.
- ...que la información que he dado en este formulario es verdadera.
- ...que es posible que yo sea responsable de proveer manutención infantil y seguro médico para este niño, por lo menos hasta que dicho niño llegue a la edad de emancipación, o que sea emancipado legalmente de otra forma.
- ...que si este niño recibe asistencia pública, es posible que yo tenga que pagar la manutención infantil al Estado.
- ...que es posible que yo sea responsable de los honorarios del hospital y del doctor para el nacimiento de este niño.
- ...que este reconocimiento firmado puede ser anulado por cualquiera de los dos padres que firman el formulario, lo que suceda primero
 - 1) 60 días o
 - 2) la fecha de procedimientos administrativos o jurídicos que tienen que ver con el niño, entre los que se incluye establecer la manutención.Después, el reconocimiento se puede impugnar en el tribunal sólo por motivos de coacción, fraude o error sustancial de hechos.
- ...que no tengo derechos de custodia o visitas automáticamente al firmar este formulario. Tengo que ir al tribunal para que estas cuestiones se decidan.
- ...que este formulario será enviado a la Oficina de Estadísticas Vitales. Si todos los puntos están completados correctamente y la declaración jurada es certificada por un *notary* (fedatario), mi nombre será agregado al certificado de nacimiento como el padre.
- ...que si este formulario no es FIRMADO ANTE UN NOTARY (fedatario), mi nombre no se podrá agregar al certificado de nacimiento como el padre.

ENTIENDO QUE ÉSTE ES UN DOCUMENTO LEGALMENTE VINCULANTE. TIENE EL MISMO PESO Y AUTORIDAD QUE LA PATERNIDAD ESTABLECIDA POR EL TRIBUNAL.

ENTIENDO QUE CUALQUIER CAMBIO AL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DESPUÉS DE PRESENTAR ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DE ESTADÍSTICAS VITALES REQUERIRÁ UNA ORDEN JUDICIAL.

PARA INFORMACIÓN con respecto a los derechos y responsabilidades, documentos escritos e información sobre las pruebas genéticas, llame a la:

Division of Child Support Enforcement (División de Cumplimiento de Manutención Infantil)
NÚMERO SIN CARGO: 1-800-248-1163, lunes a viernes (8:00 AM a 4:30 PM EST)

Instrucciones para el Departamento de Salud:

Por cada Declaración Jurada de Paternidad completada correctamente y presentada a la Oficina de Estadísticas Vitales (OVS), la División de Cumplimiento de Manutención Infantil pagará la suma de diez dólares (\$10).

Para recibir el pago:

- Por favor llene la información solicitada.
- Complete correctamente y legalice ante notario el Formulario VS-8 (Declaración Jurada de Paternidad).
- El Formulario VS-8 debe ser firmado por un representante autorizado del Departamento de Salud.
- Llene la información de pagos al pie de la página en el Formulario VS-8.
- Envíe el Formulario VS-8 original a la Oficina de Estadísticas Vitales (OVS).

La dirección de la OVS:

The Office of Vital Statistics
Attention: Amendments Unit
275 East Main Street, 1E-A
Frankfort, KY 40621

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
State Registrar of Vital Statistics

DECLARATION OF PATERNITY

FATHER'S AFFIDAVIT

Pursuant to KRS 213.046, I, (Full Name of Father), having been duly sworn, do hereby state, affirm, and acknowledge that I am the natural father of a (Sex) child named (Full Name of Child at Birth) born on (Month) (Day) (Year) at (Hospital) (City) (County), Kentucky. My date of birth is (Month) (Day) (Year). I was born in (City) (State) (Country). My highest grade of education completed was (City). My race is (State) (Country). I am of Hispanic origin (Yes/No). (If yes, specify) (Cuban, Mexican, etc.). My Social Security Number is (Street & Number, Apt. Number, City, State, Zip Code).

I HAVE READ AND UNDERSTAND MY RIGHTS AND RESPONSIBILITIES LISTED ON THE REVERSE SIDE.

(Father's Signature)
Subscribed and sworn to before me on this () day of (), 20 ().
My Commission Expires Notary Signature and Number

MOTHER'S AFFIDAVIT

I, (Full Name of Mother), having been duly sworn, do hereby state, affirm, and acknowledge that I am the natural mother of the above said child and that (Father's Name), the above affiant, is the natural father of said child. My maiden name is (Name Previous to First Marriage). My date of birth is (Month) (Day) (Year). My Social Security Number is (). My current address is (Street & Number, Apt. Number, City, State, Zip Code).

CHILD'S DESIRED LAST NAME (If changing child's surname (last name), please provide the desired SURNAME.)

I HAVE READ AND UNDERSTAND MY RIGHTS AND RESPONSIBILITIES LISTED ON THE REVERSE SIDE.

(Mother's Signature)
Subscribed and sworn to before me on this () day of (), 20 ().
My Commission Expires Notary Signature and Number

Table with 2 columns: AUTHORIZED REPRESENTATIVE and FOR STATE AGENCY USE ONLY. Rows include fields for Representative's Name, Physician or Facility Name, Physician or Facility Mailing Address, City, State, Zip, Representative's Signature, and Division of Child Support Enforcement.

PURSUANT TO KRS 213.046 When a birth occurs in a hospital or enroute to the hospital to a woman who is **unmarried**, the hospital representative shall present to the mother and father, if available, **except when either parent is a minor**, information regarding the establishment of paternity. If the parents agree, the hospital representative shall provide the Voluntary Acknowledgment of Paternity form for the parents to complete in front of a notary. The Voluntary Acknowledgment of Paternity form shall accompany the birth certificate to the Office of Vital Statistics where the father's name will be added to the birth certificate. A copy of the Voluntary Acknowledgment of Paternity form will then be forwarded to the Division of Child Support Enforcement.

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF THE PARENTS

I UNDERSTAND...

- ...that if I have questions regarding the legal effect of signing this form, I should seek legal advice.
- ...I have the right to request genetic testing prior to signing this form if I have any doubts concerning the paternity of the child whose name appears on this affidavit.
- ...I have read the paternity acknowledgment information. I also have been given an oral explanation of the voluntary acknowledgment process and alternatives available to me, have heard an audio tape, or have seen a video providing this information.
- ...I have the right and have been given the opportunity to ask questions before signing this form. "Opportunity to ask questions" includes contacting the child support agency at the toll free number given below, even if this means delaying my signing this form.
- ...the information that I have given on this form is true.
- ...I may be responsible to provide child support and medical insurance for this child at least until said child reaches the age of emancipation or is otherwise legally emancipated.
- ...that if this child receives public assistance, I may be required to make child support payments to the State.
- ...I may be responsible for hospital and doctor's fees for the birth of this child.
- ...this signed acknowledgment may be rescinded (taken back) by either parent signing the form the earlier of
 - 1) 60 days or
 - 2) the date of administrative or judicial proceedings relating to the child including setting support.Afterwards, the acknowledgment may be contested in court only on the grounds of duress, fraud or material mistake of fact.
- ...I do not automatically have custody or visitation rights by signing this form. I must go to court for those issues to be decided.
- ...this form will be sent to the Office of Vital Statistics. If all items are correctly completed and the affidavit is notarized, my name will be placed on the child's birth certificate as the father.
- ...that if this form is not SIGNED IN FRONT OF A NOTARY, my name cannot be placed on the birth certificate as the father.

I UNDERSTAND THIS IS A LEGALLY BINDING DOCUMENT. IT HAS THE SAME WEIGHT AND AUTHORITY AS A COURT-ORDERED PATERNITY.

I UNDERSTAND THAT ANY CHANGES TO THE BIRTH CERTIFICATE AFTER THIS FORM HAS BEEN FILED WITH THE OFFICE OF VITAL STATISTICS SHALL REQUIRE A COURT ORDER.

FOR INFORMATION regarding rights and responsibilities, written materials, and information concerning genetic testing call:

Division of Child Support Enforcement
TOLL FREE NUMBER: 1-800-248-1163
Monday thru Friday (8:00 AM to 4:30 PM EST)

Health Department Instructions:

For each Declaration of Paternity Affidavit correctly completed and filed with the Office of Vital Statistics (OVS), the Division of Child Support Enforcement will pay the sum of ten dollars (\$10).

In order to receive payment:

- Please complete the information requested.
- Correctly complete and notarize VS-8 Form (Declaration of Paternity Affidavit).
- Complete payment information at the bottom of the VS-8 Form.
- Forward the original VS-8 Form to the Office of Vital Statistics (OVS).

OVS Address:

The Office of Vital Statistics
Attention: Amendments Unit
275 East Main Street, 1E-A
Frankfort, KY 40621