

OMBI LA KUSAHIHISHA AU KUREKEBISHA CHETI CHA KUZALIWA CHA VERMONT
JINA LILIOANDIKWA KWENYE CHETI CHA KUZALIWA:

Jina la Kwanza	Jina la Kati	Jina la Mwisho	Tarehe ya Kuzaliwa
----------------	--------------	----------------	--------------------

MWOMB AJI ANAYEOMBA MABADILIKO:

Jina la Kwanza	Jina la Kati	Jina la Mwisho	Tarehe ya Kuzaliwa
----------------	--------------	----------------	--------------------

Uhusiano wa mwombaji na mtu aliyetajwa kwenye cheti:

Mimi mwenyewe Mzazi(Wazazi) au Mlezi (Walezi) Hospitali alipozaliwa Mhudumu wa Kuidhinisha

Chagua Moja:

- Sahihisha au Jaza Cheti cha Kuzaliwa** ndani ya miezi 6 kuanzia tarehe ya kuzaliwa kulingana na **18 V.S.A. § 5073(a)**
- *Rekebisha Cheti cha Kuzaliwa** baada ya miezi 6 kuanzia tarehe ya kuzaliwa kulingana na **18 V.S.A. § 5075(a)**

* Taja wazi sababu ya marekebisho na uorodheshe ushahidi uliotolewa:

- **Ili ujaze au ubadilishe jina la mtoto ndani ya miezi 6** kuanzia tarehe ya kuzaliwa unahitaji saini za wazazi wote wawili ikiwa wazazi wawili wameorodheshwa kwenye cheti cha kuzaliwa.
- **Ili ujaze au ubadilishe jina la mtoto baada ya miezi 6** kuanzia tarehe ya kuzaliwa unahitaji nakala iliyoidhinishwa ya **amri ya mahakama**.
- **Kuandika jina la mzazi mwingine kwenye cheti cha kuzaliwa:** Fomu ya Kukubali kwa Hiari kuwa wewe ni Mzazi wa mtoto, au amri ya mahakama, inahitajika ili uandike jina la mzazi mwingine wa mtoto kwenye cheti cha kuzaliwa. Ofisi ya Msaada wa Malezi ya Mtoto inaweza kukueleza njia tofauti za kuthibitisha mzazi wa mtoto fulani. Unaweza kuwasiliana na OCS kwa: 800-786-3214 au dcf.vermont.gov/child-support/parentage
- **TAARIFA INAYOHITAJI KUSAHIHISHWA/KUREKEBISHWA:**

Orodhesha kipengee kinachohitaji kusahihishwa/kurekebishwa	Andika kosa kama linavyoonekana kwenye cheti	Je, ninapaswa kusema nini kwenye cheti?
MFANO: <i>Jina la kwanza la mtoto</i>	<i>John</i>	<i>Jonathan</i>

Ninaomba kwamba Msajili wa Jimbo atayariske na awasilishe cheti cha kuzaliwa kilichosahihishwa au kilichorekebishwa.

Saini ya mwombaji	Jina lililoandikwa	Tarehe
-------------------	--------------------	--------

Nambari ya Simu: _____ Barua Pepe: _____

Saini ya mwombaji wa 2 (ikiwa inahitajika)	Jina lililoandikwa	Tarehe
--	--------------------	--------

Tuma barua ya posta yenye fomu ya maombi na ushahidi unaounga mkono madai yako (kwa ajili ya marekebisco) kwa:

Vermont Department of Health

Vital Records

108 Cherry Street, PO Box 70

Burlington, VT 05402