State of Delaware
Department of Health and Social Services

VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PATERNITY

This is a legal document
Complete in ink and do not alter

Name of Child - First, Middle, Last	Date of Birth - (Month, Day, Year)	Child's Social Security Number
Place of Birth - City, State	Place and City where Acknowledgement is Signed – (Hospital, Birth Center, Vital Statistics Office, Child Support Office or Other)	

MOTHER'S INFORMATION

Name of Mother - First, Middle, Last	(Maiden)	Date of Birth - (Month, Day, Year)
Mother's Address - Street, City, State, Zip		Mother's Phone Number
Mother's Place of Birth - State only	Married When the Child was Born? (Circle One) **Yes** **No**	Mother's Social Security Number
Mother's Employer - Name, City, State	Occupation (Indicate most recent employment) Specify (Cashier, registered nurse, cook, etc.)	Type of Business or Industry Specify (Retail sales, hospital, food service, etc.)
Hispanic Origin **Yes** **No** Circle One - If yes, specify below (Mexican, Cuban, Puerto Rican, etc.)	Race - Specify (American Indian, Black, White, etc.)	Education - Indicate Highest Grade Completed
Mother's Medical Insurance - Company Name	Policy Number	

FATHER'S INFORMATION

Name of Father - First, Middle, Last	Date of Birth - (Month, Day, Year)
Father's Address - Street, City, State, Zip	Father's Phone Number
Father's Place of Birth - State only	Father's Social Security Number
Father's Employer - Name, City, State	Occupation (Indicate most recent employment) Specify (Cashier, registered nurse, cook, etc.) / Type of Business or Industry Specify (Retail sales, hospital, food service, etc.)
Hispanic Origin **Yes** **No** Circle One - If yes, specify below (Mexican, Cuban, Puerto Rican, etc.)	Race - Specify (American Indian, Black, White, etc.) / Education - Indicate Highest Grade Completed
Father's Medical Insurance - Company Name	Policy Number

I freely and voluntarily consent to this acknowledgement of paternity. The man named above is the only possible biological father of this child. I have read and had explained to me orally the statements on the back of this form. I have had the opportunity to ask questions before I signed this form. I do not want genetic testing or a court hearing to determine if this man is the father of my child.

Mother's Signature (Current Last Name)

Date Signed

Print Name

I freely and voluntarily acknowledge that I am the biological father of the child named above. I accept the obligation to support this child. I understand that an order for child support may be entered. I have read and had explained to me orally the statements on the back of this form. I have had the opportunity to ask questions before I signed this form. I do not want genetic testing or a court hearing to determine if I am the biological father.

Father's Signature

Date Signed

Print Name

State of _____, County of _____

Sworn and subscribed before me on this

_____ Day of _____ 20 _____

Signature of Notary Public

My Commission expires on _____.

State of _____, County of _____

Sworn and subscribed before me on this

_____ Day of _____ 20 _____

Signature of Notary Public

My Commission expires on _____.

SAMPLE

Form No. 35-10-01-94-11-22

Distribution: White – Vital Records, One Copy to Each Parent

Estado de Delaware
Departamento de Salud y Servicios Sociales

RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD

El presente es un documento legal.
Llénelo con tinta y no lo modifique.

Nombre del menor: Nombre, segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento: (mes, día, año)	Número de seguro social del menor
Lugar de nacimiento: Ciudad, Estado	Lugar y ciudad donde se firma el Reconocimiento: (Hospital, Centro de maternidad, Oficina de Estadísticas Demográficas, Oficina de Manutención de Menores u otros)	

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la madre: Nombre, segundo nombre, apellido	(Apellido de soltera)	Fecha de nacimiento: (mes, día, año)
Domicilio de la madre: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Número telefónico de la madre
Lugar de nacimiento de la madre: Únicamente estado	¿Casada cuando nació el menor? (Marque uno) **Sí** **No**	N.º de seguro social de la madre
Patrón de la madre: Nombre, Ciudad, Estado	Ocupación (Indique el empleo más reciente) Especifique (Cajera, enfermera registrada, cocinera, etc.)	Tipo de negocio o industria Especifique (Ventas al menudeo, hospital, servicios alimenticios, etc.)
Origen hispánico **SÍ** **NO** Marque uno: En caso de ser afirmativa su respuesta, especifíquelo a continuación (mexicano, cubano, puertorriqueño, etc.)	Raza: Especifique (Indio americano, afroamericano, caucásica, etc.)	Educación: Indique el nivel escolar más alto concluido
Seguro médico de la madre: Nombre de la compañía		Número de póliza

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre del padre: Nombre, segundo nombre, apellido		Fecha de nacimiento: (mes, día, año)
Domicilio del padre: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Número telefónico del padre
Lugar de nacimiento del padre: Únicamente estado		N.º de Seguro social del padre
Patrón del padre: Nombre, Ciudad, Estado	Ocupación (Indique el empleo más reciente) Especifique (Cajero, enfermero registrado, cocinero, etc.)	Tipo de negocio o industria Especifique (Ventas al menudeo, hospital, servicios alimenticios, etc.)
Origen hispánico **SÍ** **NO** Marque uno: En caso de ser afirmativa su respuesta, especifíquelo a continuación (mexicano, cubano, puertorriqueño, etc.)	Raza: Especifique (Indio americano, afroamericano, caucásica, etc.)	Educación: Indique el nivel escolar más alto concluido
Seguro médico del padre: Nombre de la compañía		Número de póliza

Yo, libre y voluntariamente otorgo mi consentimiento a este reconocimiento de paternidad. El hombre que se menciona anteriormente es el único padre biológico posible de este menor. Leí y me explicaron verbalmente la declaración que se encuentra al reverso de este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este formulario antes de firmarlo. No deseo un análisis genético o una audiencia ante el tribunal para determinar si este hombre es el padre de mi hijo.

_____
Firma de la madre (Apellido actual)

_____
Fecha de firma

_____
Nombre con letra de molde

Estado de _____, Condado de _____
Jurado y suscrito ante mí a los _____ días del mes de _____ de 20_____

_____
Firma del Notario Público

Mi nombramiento concluye el _____.

Yo, libre y voluntariamente otorgo mi consentimiento a este reconocimiento de paternidad. El hombre que se menciona anteriormente es el único padre biológico posible de este menor. Leí y me explicaron verbalmente la declaración que se encuentra al reverso de este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este formulario antes de firmarlo. No deseo un análisis genético o una audiencia ante el tribunal para determinar si este hombre es el padre de mi hijo.

_____
Firma del padre (Apellido actual)

_____
Fecha de firma

_____
Nombre con letra de molde

Estado de _____, Condado de _____
Jurado y suscrito ante mí a los _____ días del mes de _____ de 20_____

_____
Firma del Notario Público

Mi mandato concluye el _____.

SAMPLE