

Estado de Illinois  
Departamento de Servicios para Niños y Familias

**RENUNCIA FINAL E IRREVOCABLE DE UN NIÑO NACIDO A UNA AGENCIA CON FINES DE ADOPCIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, madre - padre  
de \_\_\_\_\_, un \_\_\_\_\_ niño varón, declaro:

Que dicho niño nació el \_\_\_\_\_, en el hospital \_\_\_\_\_ M  
en \_\_\_\_\_.  
(ciudad y estado)

Con residencia en \_\_\_\_\_,  
Condado de \_\_\_\_\_, en el estado de \_\_\_\_\_.

Que tengo \_\_\_\_\_ años de edad.

Que por este medio entrego y confío la custodia y control de dicho niño al Departamento de Servicios para Niños y Familias del Estado de Illinois, una agencia pública de bienestar infantil cuyas oficinas principales se encuentran en la ciudad de Springfield, condado de Sangamon y Estado de Illinois, con el fin de permitirle cuidar y supervisar los cuidados de dicho niño, colocar a dicho niño en adopción y permitir la adopción legal de dicho niño.

Que por este medio entrego a dicho Departamento a través de su agencia autorizada, al Administrador de Tutela, completo poder y autoridad para colocar a dicho niño con cualquier persona o personas cuales a su discreción seleccione como padre o padres adoptivos y para consentir a la adopción legal de dicho niño por parte de dichas persona o personas, y tomar todas las medidas que, a criterio de esta agencia, sean en el mejor interés del niño, incluyendo la autorización de cuidados y tratamientos médicos, quirúrgicos y odontológicos, y tratamientos que incluyan la vacunación y anestesia para dicho niño.

Que es mi deseo y comprendo que al firmar esta renuncia, renuncio en forma irrevocable y permanente a toda custodia y demás derechos paternales que tenga sobre este niño.

**QUE COMPRENDO QUE NO PUEDO, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, TRAS HABER FIRMADO ESTA RENUNCIA, CAMBIAR DE PARECER Y REVOCARLA O CANCELARLA, U OBTENER O RECUPERAR LA CUSTODIA NI CUALQUIER OTRO DERECHO SOBRE DICHO NIÑO.**

Que he leído y comprendido lo antedicho y que estoy firmando en un acto libre y voluntario.

Firmado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, en  
\_\_\_\_\_ M.

\_\_\_\_\_  
(TESTIGO)

DCFS es un empleador que no discrimina y prohíbe la discriminación ilegal en todos sus programas y/o servicios.

**CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO**

en el estado de )  
)  
) SS.  
)  
condado de )

Yo, \_\_\_\_\_,

Representante del Departamento de Servicios para Niños y Familias del estado de Illinois, en sus oficinas de

\_\_\_\_\_ certifico por este medio que \_\_\_\_\_,

que reconozco como la misma persona cuyo nombre suscribe la renuncia anterior, se presentó ante mí en esta fecha, en persona, y reconoció haber firmado y otorgado dicha renuncia como su acto libre y voluntario, para el propósito especificado.

LE HE EXPLICADO PERFECTAMENTE QUE AL FIRMAR DICHA RENUNCIA, \_\_\_\_\_ ESTÁ RENUNCIANDO IRREVOCABLEMENTE A TODOS SUS DERECHOS PATERNALES PARA CON EL NIÑO, Y \_\_\_\_\_ HA DECLARADO QUE ESTOS SON SU DESEO E INTENCIÓN.

En fe de lo cual firmo este documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

en el estado de )  
)  
) SS.  
)  
Condado de )

Yo, Notario Público, en el condado y estado anteriormente mencionados y en representación de los mismos, certifico por la presente que \_\_\_\_\_ que reconozco como la misma persona cuyo nombre suscribe el Certificado de Reconocimiento, se presentó ante mí en esta fecha, en persona, y reconoció haber firmado dicho certificado en forma libre y voluntaria, y que las declaraciones realizadas en dicho certificado son verdaderas.

Formalizado por mí con el otorgamiento de sello notarial este día \_\_\_\_\_ mes de \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_.

(Sello)

\_\_\_\_\_

(Notario Público)

Mi nombramiento vence:

\_\_\_\_\_