



**Departamento de Salud Pública de Illinois
División del Registro Civil**

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL ABOGADO
EN CASOS DE FAMILIA SUSTITUTA**

Nombre de la Madre de gestación _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del esposo/pareja de unión civil de la Madre de gestación

Ninguno (marque) _____ o indique el Nombre _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre de la Madre/progenitor intencionado _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del Padre/progenitor intencionado _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

La presente declaración se completa y presenta para ser registrada en cumplimiento con los estatutos de Illinois respecto a los casos de familias sustitutas, y para establecer una relación de progenitor e hijo de acuerdo a la Sección 12 de Vital Records Act (Ley del Registro Civil) (410 ILCS 535/12), la Sección 6 de Illinois Parentage Act of 1984 (Ley de la Paternidad de Illinois de 1984) (750 ILCS 45/6) y Gestational Surrogacy Act (Ley sobre Familias Sustitutas) (750 ILCS 47). Por la presente certifico que la madre de gestación, el esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene) y el(los) progenitor(es) intencionado(s) han entrado en un contrato para casos de familias sustitutas, y certifico además que el mismo contrato satisface los requisitos de la Sección 25 de Gestational Surrogacy Act (750 ILCS 47) con respecto al niño que será gestado por la madre de gestación.

Fecha _____, _____
(Indique el mes, el día y el año) _____
Firma del abogado

_____ _____
Número de la licencia estatal Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

_____ _____
Dirección de la oficina Número telefónico de la oficina

Nombre(s) del individuo(s) representado(s) _____

<p>Dos testigos deben atestiguar la firma del abogado que completa esta declaración sobre la relación entre los padres intencionados y la madre de gestación, y deben hacer la siguiente declaración: Yo soy un adulto competente y no soy ni la madre de gestación, ni el esposo de la misma (si es que lo tiene), ni la madre/progenitor intencionado, ni el padre/progenitor intencionado.</p>	
<p>_____</p> <p>Firma de testigo</p>	<p>_____</p> <p>Firma de testigo</p>
<p>_____</p> <p>Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta</p>	<p>_____</p> <p>Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta</p>
<p>Fecha _____</p> <p>(Indique el mes, el día y el año)</p>	<p>Fecha _____</p> <p>(Indique el mes, el día y el año)</p>

Antes del nacimiento del niño, el presente formulario debe colocarse en el expediente médico de la madre de gestación y copias del mismo deben archivararse con el Dpto. de Salud Pública de Illinois en 925 East Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737. *Los abogados tanto de los padres intencionados como de la madre sustituta deben ejecutar sendos formularios de certificación.*

No se cobra NINGÚN ARANCEL por presentar declaraciones de familias sustitutas.