

**Formularz poświadczenia  
dla rodziców lub opiekunów prawnych osoby rejestrowanej w wieku poniżej 18 lat**

Proszę użyć tego formularza, aby potwierdzić i poświadczyć, że oznaczenie płci w akcie urodzenia wymaga zmiany. Należy przestrzegać poniższych instrukcji. Brak wymaganych informacji może opóźnić proces rozpatrywania wniosku.

1. Należy wypełnić każdy pusty wiersz. **Formularz należy wypełnić w języku angielskim, ale zamieszczono również jego tłumaczenie w celach informacyjnych.**
2. Należy podpisać formularz i potwierdzić podpis notarialnie.
3. Przesłać poniższe dokumenty z podpisanym i potwierdzonym notarialnie formularzem poświadczenia lub formularzem poświadczenia własnego:
  - Wypełniony [formularz wniosku o sprostowanie aktu urodzenia](https://on.nyc.gov/birthcertcorrect) – formularz można znaleźć na stronie [on.nyc.gov/birthcertcorrect](https://on.nyc.gov/birthcertcorrect).
  - Podpisana kopia aktualnego dowodu tożsamości ze zdjęciem
  - Czek lub przekaz pieniężny na kwotę 55 USD (40 USD tytułem opłaty manipulacyjnej plus 15 USD tytułem opłaty wydania nowego aktu) płatny na rzecz Wydziału NYC Department of Health and Mental Hygiene
4. Wypełniony formularz oraz wszystkie wymagane dokumenty należy przesłać na adres:

NYC Department of Health and Mental Hygiene Corrections Unit  
Attention: Group A  
125 Worth Street, Room 144, CN-4  
New York, NY 10013

Pytania dotyczące sposobu wypełniania wniosku należy przesłać na adres e-mail [tgny@health.nyc.gov](mailto:tgny@health.nyc.gov).



**IV. Poświadczenie:**

Ja, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Rodzic lub opiekun prawny 1 Rodzic lub opiekun prawny 2 (jeśli dotyczy)  
(drukowanymi literami)

niniejszym zaświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że wniosek o zmianę oznaczenia

płci w akcie urodzenia nr \_\_\_\_\_, z \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_,  
M, F lub X\* M, F lub X

ma na celu odzwierciedlenie prawdziwej tożsamości płciowej osoby rejestrowanej i nie służy

żadnemu oszustwu.

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego 1

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego 2, jeśli dotyczy

\_\_\_\_\_  
Data

<p>To be completed by Notary</p> <p>State of _____</p> <p>County of _____</p> <p>Subscribed and sworn before me:</p> <p>this _____ day of _____, 20_____</p> <p>_____ Notary Public Signature</p>	<p>Notary Public Seal</p>
---	---------------------------

**Uwaga: Nikomu nie wolno składać fałszywych, nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd oświadczeń ani fałszować na wniosku podpisów innej osoby; wniosek powinien zostać opracowany zgodnie z Kodeksem Zdrowia miasta Nowy Jork. Naruszenie Kodeksu Zdrowia będzie karane jako wykroczenie. (KODEKS ZDROWIA MIASTA NOWY JORK 3.19).**

\* M to mężczyzna, F to kobieta, a X to płeć, która nie jest wyłącznie męska lub żeńska (tożsamość płciowa niebinarna).