

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE DEFUNCIÓN (DEATH)

NOMBRE COMPLETO DEL DIFUNTO: _____

FECHA DE FALLECIMIENTO: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____

(Date of Death) _____ (Date of Request) _____

CONDADO DE FALLECIMIENTO: _____ No. de TELÉFONO durante el día: _____

PARENTESCO CON EL DIFUNTO: (por favor marque con un círculo)

Cónyuge (Spouse)

Hermano adulto (Adult Sibling)

Madre

Hijo adulto (Adult Child)

Padre

Representante legal

Abuelo (G-parent)
oficial)

Autoridad Judicial (indique el organismo
oficial)

*Otro: (Por favor especifique el parentesco y la razón por necesitarlo): _____

(COPIAS BLANCAS CON EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL CENSURADO/TACHADO)

(PARA FINES DE GENEALOGÍA, DEBE SER MARCADO "SOLO PARA FINES DE GENEALOGÍA" EN PAPEL BLANCO)

NÚMERO **TOTAL** DE COPIAS CERTIFICADAS SOLICITADAS: _____

Incluir la causa de fallecimiento: Sí No

Copias V.A. : SÍ _____ o NO _____ (*Debe ser el récord del veterano.*)

FIRMA: _____

EL COSTO DE LA BÚSQUEDA Y LA PRIMERA COPIA ES \$25.00. COPIAS ADICIONALES SOLICITADAS AL MISMO TIEMPO CUESTAN \$5.00 CADA UNA. **LAS COPIAS ADICIONALES DEBEN SER SOLICITADAS AL MISMO TIEMPO.** LA TARIFA DE BÚSQUEDA NO ES REEMBOLSABLE.

Para uso exclusivo de oficina:

Paid by: Cash/Check # _____ /Money Order # _____ /Cashier's Check # _____

Amount collected: \$ _____ Change Given: \$ _____ ReceiptNo.: _____

Ticket date entered: _____ Ticket #: _____ Ticket resolved date: _____

Reason:

