

APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD
APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS Ó CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-ANCESTRO

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy . (<i>Quiero una copia certificada.</i>) <input type="checkbox"/> I would like a Certification . (<i>Quiero una certificación.</i>) Documents in need of an Apostille Seal must be obtained from the State. (<i>Registros que necesitan un Sello de Apostille, deben ser obtenidos por la Oficina Estatal.</i>)			Preferred format (if available): (<i>Prefiero:</i>) <input type="checkbox"/> Computer-generated copy of original. (<i>Copia del Original-Generado por Computadora</i>) <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. (<i>Imagen Digital/Fotocopia del Original</i>)			
Name of Applicant <i>(Nombre de Apicante)</i>		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) <i>[Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]</i>		Reasons for Request: (<i>Motivo de solicitud</i>) <input type="checkbox"/> Passport (<i>Pasaporte</i>) <input type="checkbox"/> Driver's License (<i>Licencia de Conducir</i>) <input type="checkbox"/> School/Sports (<i>Escuela/Deportes</i>) <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits (<i>Beneficios veteranos</i>) <input type="checkbox"/> Social Security Card (<i>Tarjeta Seguro Social</i>) <input type="checkbox"/> Social Security Disability (<i>SSI / Incapacidad</i>) <input type="checkbox"/> Other SS Benefits (<i>Otros beneficios de seguro social</i>) <input type="checkbox"/> Medicare (<i>Medicare</i>) <input type="checkbox"/> Welfare (<i>Asistencia Pública</i>) <input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>) _____		
Current Mailing Address (Must Match address on ID) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i>						
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	Daytime Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i>			
Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i>			Date of Application <i>(Fecha)</i>			

<input type="checkbox"/> BIRTH <i>(NACIMIENTO)</i>	Full Name of Child at Time of Birth <i>(Nombre Completo al Nacer)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>	
	Place of Birth (City, Town) <i>[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	Exact Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>	
	Full Name of Child's Parent A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>			
	Full Name of Child's Parent B (if on record) (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>			
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: <i>(Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):</i>			
<input type="checkbox"/> MARRIAGE <i>(MATRIMONIO)</i> <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i> <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</i>	Full Name of Spouse A/Partner A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>	
	Full Name of Spouse B/Partner B (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>	
	Place of Event (City, Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>		
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased Individual <i>(Nombre del Fallecido)</i>			
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>	
	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>	
	Full Name of Deceased Individual's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		Full Name of Deceased Individual's Parent B <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>	

Application Checklist: Have you enclosed and completed all required information?

(Lista Comprobada: ¿A Usted Incluido y Completado Toda la Información Requerida en la Aplicación?)

- All Items on Application (*Todo Artículos en la Aplicación*)
 Payment (*Pago*)
 Acceptable Forms of ID (*Identificación Aceptable*)
 Proof of Relationship (*Prueba de Parentesco*)
 Mailing Address Matches ID (*Dirección Postal Coincidente con ID*)

FOR OFFICIAL USE ONLY

Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By
--	-----------------------	------------	--------------