

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

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

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

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

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> All Items on Application<br>(Todo Artículos en la Aplicación) | <input type="checkbox"/> Payment<br>(Pago) | <input type="checkbox"/> Acceptable Forms of ID<br>(Identificación Aceptable) | <input type="checkbox"/> Proof of Relationship<br>(Prueba de Parentesco) | <input type="checkbox"/> Mailing Address Matches ID<br>(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
--	-----------------------	------------	--------------