

**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. (Quiero una copia certificada.)			If available, I prefer the format of the certified copy to be: (Prefiero:)		
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal. (Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)			<input type="checkbox"/> Computer Generated copy of original. (Copia del Original-Generado por Computadora)		
<input type="checkbox"/> I would like a Certification. (Quiero una certificación.)			<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.)]		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)	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) [Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]					
City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Codigo Postal)	Daytime Telephone Number (Número Telefónico)		
Applicant's Signature (Firma del Apicante)			Date of Application (Fecha)		

<input type="checkbox"/> BIRTH (NACIMIENTO)	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)
	Child's Mother's Full Maiden Name (Nombre completo de soltera de la Madre)	Child's Father's Name (if on record) [Nombre del Padre (si esta registrado)]	
	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"/> MARRIAGE (MATRIMONIO) <input type="checkbox"/> CIVIL UNION (UNIÓN CIVIL) <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (SOCIEDAD DOMÉSTICA)	Name of Husband/ Partner (Nombre de Esposo/Pareja)		No. Requested Copies (No. de Copias)
	Maiden Name of Wife/ Partner (Nombre Soltera de Esposa/Pareja)		Exact Date of Event (Fecha Exacta del Evento)
	Place of Event (City, Town) [Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]		County (Condado)
<input type="checkbox"/> DEATH (DEFUNCIÓN)	Name of Deceased (Nombre del Fallecido)	Social Security Number (See Note) [Numero de Seguro Social (Ver Indice)]	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)
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother (Nombre Soltera de la Madre)		Name of Deceased Individual's Father (Nombre del Padre)

**Application Check List: 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
(Todo Artículos en la Aplicación) | <input type="checkbox"/> Payment
(Pago) | <input type="checkbox"/> Acceptable Forms of ID
(Identificación Aceptable) | <input type="checkbox"/> Proof of Relationship
(Prueba de Parentesco) | <input type="checkbox"/> Mailing Address Matches ID
(Dirección Postal Coincidente con ID) |
|--|--|---|--|--|

FOR STATE 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