

APLICACION PARA OBTENER UNA COPIA CERTIFICADA DE NACIMIENTO O DEFUNCION

NOTA: Las solicitudes recibidas por correo deberán ser acompañadas por la declaración jurada adjunta (vea instrucciones en el reverso de este formulario).

El código de Salud y Seguridad de California, Sección 103526, permite que solo las personas autorizadas en la sección de abajo reciban copias certificadas de defunción. Aquellas personas que no estén autorizadas por la ley a recibir estas copias certificadas, recibirán únicamente un documento marcado en inglés « **INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY** » (Documento Informativo, no valido para establecer identidad). Este Documento no le sirve para obtener ningún tipo de beneficios del difunto como pólizas de seguro de vida, cuentas bancarias, u otros servicios relacionados con la identidad del difunto. **Por favor indique** en la parte de abajo que documento necesita.

☐ Me gustaría comprar una **copia certificada (Para recibirla necesitará indicar en la parte de abajo su parentesco con el difunto o el registrado y COMPLETAR LA DECLARACION JURADA EN EL REVERSO DE LA PAGINA.)**

☐ Me gustaría comprar la **copia certificada informativa la cuál no se utiliza para establecer identidad. (No necesita marcar el la parte de abajo su parentesco con el difunto o el registrado.)**

YO SOY:

- ☐ Padre/Madre o guardián legal del registrado/difunto.
- ☐ Miembro o individuo autorizado por una orden de la corte a recibir una copia certfida del registrado/difunto.
- ☐ Un miembro de una agencia de policia o un representante de otra agencia de gobierno, segun lo dispuesto por la ley que esta llevando a cabo asuntos oficiales.
- ☐ Hijo(a), nieto(a), abuelo(a), hermano(a), esposo(a), o compañero(a) doméstico del registrado/difunto.
- ☐ Un abogado represante del difunto o del patrimonio del difunto, u otra persona o agencia autorizada por una orden de la corte para actuar en representación del difunto o de las propiedades del registrado/difunto.
- ☐ Una funeraria solicitando copias certificadas de defunción por encargo de una person autorizada por la sección 7100 del Código de Salud y Seguridad de California
- ☐ Una persona descrita en los párrafos (1) a (8), inclusive, de la subdivisión (a) del Código de Salud y Seguridad 7100. Agente con poder notarial para atención médica, cónyuge sobreviviente competente, hijo adulto sobreviviente competente, padre sobreviviente competente hermano adulto competente, persona adulta sobreviviente competente, respectivamente, en los siguientes grados de parentesco o tutela. (Solo certificado de MUERTE) (Por favor incluya un poder legal para el cuidado de la salud).

INFORMACION DEL REGISTRADO/A ☐ NACIMIENTO (\$34) ☐ DEFUNCION (\$26) ☐ MUERTE FETAL (\$23)

INFORMACION DEL SOLICITANTE (lea por favor esta declaración antes de completar y firmar la forma) Juro bajo pena de perjurio que soy una persona autorizada como definido en la Salud de CA & Sección de Código de Seguridad, 103526 (c) y como endicado en la lista arriba que tengo derecho a recibir una copia certificada del registro de nacimiento o muerte identificado en este formulario de solicitud.

INFORMACION DEL SOLICITANTE (Por favor escriba con letra de molde)

Nombre y Firma de la Persona que está llenando esta solicitud		Fecha de hoy	Numero de Telefono ()
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de la Persona, si es diferente del Solicitante		No. de Copias	Cantidad incluido
Dirección a la cual se enviaran las copias certificadas. si es deferente de la información de arriba	Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACION DEL REGISTRADO (Por Favor Imprima)

Nombre en el Certificado-Primer nombre		Segundo	Apellido	Sexo
NACIMIENTO	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento-Ciudad		
	Nombre del Padre	Apellido de Soltera de la Madre		
DEFUNCION	Fecha de Defución-Mes/Día/Año	Lugar de Defución-Ciudad		

For Official Use Only

Type of Certificate <input type="checkbox"/> Birth <input type="checkbox"/> Death	Clerk's Initials	Date Copy Issued	Type Issued <input type="checkbox"/> Certified <input type="checkbox"/> Informational
Certificate #	Bond Paper #	DL/ID #	

DECLARACION JURADA

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de
(Escriba el Nombre Completo)

California, que soy la persona autorizada de acuerdo al código de Salud y Seguridad de California, Sección 103526 (c)
 A obtener una copia certificada de nacimiento ó defunción de las persona(s) indicada(s) en la parte de abajo.

Nombre Completo de la Persona en el certificado	Parentesco con la persona del acta registrada

Declaro _____ el día _____, _____, en _____, _____.
(Día) (Mes) (Año) (Ciudad) (Estado)

 (Firma)

Nota: Si está solicitando una orden por correo deberá notarizar esta declaración jurada usando el certificado de autenticación en la sección de abajo. No se aceptarán certificados de autenticación notarizados enviados por fax.

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of _____)
)
 County of _____)

On _____ before me, _____ personally appeared _____.
(Insert name and title of the officer)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.
 (SEAL)

 SIGNATURE OF NOTARY PUBLIC

San Joaquin County
 Office of the Assessor-Recorder-County Clerk
 44 N. San Joaquin St. Suite 260
 Stockton, CA 95202
 (209) 468-3939