

# Ashtabula City Health Department- Vital Statistics

## Application for Ohio Certified Copies



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Ashtabula City Health Department

**ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA CON LA TARIFA REQUERIDA Y UN SOBRE ESTAMPADO  
CON SU DIRECCIÓN A:**

Ashtabula City Health Department  
4239 Lake Ave  
Ashtabula, OH 44004  
440.992.7123

**MARQUE EL CUADRO APROPIADO:**

- ☐ Acta De Nacimiento- \$25.00  
☐ Acta De Defuncion- \$25.00

*\*Este formulario se utiliza para solicitudes de certificados de nacimiento y defunción.*

*\*Métodos de pago aceptados: Efectivo, cheque, giro postal, tarjeta de débito/crédito.*

*\*Se aplicará un cargo mínimo de \$3.00 a los pagos con tarjeta de débito/crédito.*

### INFORMACION DEL SOLICITANTE: (la persona que solicita el registro)

(Imprima con claridad, ya que esto se utilizará para su recibo, dirección postal y/o para futuros contactos para completar su solicitud de registro.)

Nombre del Solicitante:		Correo Electronico:	
Direccion Postal:		Numero de Telefono:	
Cuidad, Estado, &Codigo Postal:		Firma del Solicitante:	
Relación con la persona en el registro solicitado:	<input type="checkbox"/> Self/Yo <input type="checkbox"/> Child/Hijo(a) <input type="checkbox"/> Aunt/tia <input type="checkbox"/> Uncle/Tio <input type="checkbox"/> Parent/Padre/Madre <input type="checkbox"/> Spouse/Esposo(a) <input type="checkbox"/> Sibling/Hermano(a) <input type="checkbox"/> Grandparent/Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a) <input type="checkbox"/> Funeral Home/Funeraria <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		

- Solicitudes de partida de nacimiento: Complete todos los campos a continuación, EXCEPTO la fecha de fallecimiento.

- Solicitudes de defunción: Complete todos los campos a continuación, EXCEPTO los campos marcados con un asterisco (\*) pueden dejarse en blanco.

### Registrar Informacion: (la persona en el registro solicitado persona en el acta de Nacimiento o defuncion)

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido: (Apellido de soltera -solamente para cert. de Nacimiento)	Si el nombre ha cambiado desde el nacimiento, indique el nuevo nombre completo :
*Fecha de Nacimiento:	Fecha de Muerte:	Cuidad y Condado Donde Ocurrio el Nacimiento/Muerte:	
*Primer Nombre de la Madre, Segundo Nombre y Apellido de Soltera:		*Primer Nombre del Padre, Segundo Nombre y Apellido:	

### PROPOSITO DE LA SOLICITUD: (marca)

### SOLICITUD DE MUERTE: (marca)

### CARGOS:

<input type="checkbox"/> Dual Citizenship/doble ciudadanía <input type="checkbox"/> Genealogy/geneologia <input type="checkbox"/> International Legal Business/negocios legales internacionales <input type="checkbox"/> Driver's License/licencia <input type="checkbox"/> Passport/pasaporte	<input type="checkbox"/> Marriage Certificate/casamiento <input type="checkbox"/> School/Escuela <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Legal Purposes <input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> Other: _____	<b>Solo Muerte:</b> <input type="checkbox"/> No, no necesito que se incluya el Numero de Seguro Social. <input type="checkbox"/> Sí, solicito una copia con el número de Seguro Social incluido. *Consulte a continuación los solicitantes autorizados. .	Número de Copias de Actas de Nacimiento/Defunción: _____ x \$25 = \$ _____
<b>CANTIDAD TOTAL ADEUDADO:</b> NO envíe efectivo. Haga sus cheques o giros postales a City of Ashtabula City Health Department.			\$ _____

*\* Solicitantes autorizados: Cónyuge o pareja legal, hijo natural o adoptivo, nieto natural o adoptivo, bisnieto natural o adoptivo, funcionario o funcionario de Asuntos de Veteranos, funcionario o agencia policial local, estatal o federal, director de funeraria o representante autorizado, albacea o administrador del patrimonio del difunto, agente con poder notarial, cualquier persona autorizada por ley para actuar en nombre del difunto o del patrimonio del difunto.*

### Debit/Credit Card Informacion: (Complete esta sección solo para solicitudes por correo/teléfono)

Nombre del Tarjetahabiente :		
# de Tarjeta:		
Fecha de Expiracion:	CVV #:	
Direccion de Envio: (Si es diferente de la direccion anterior)		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

### Para uso exclusivo de la oficina: DEJAR EN BLANCO

Date:	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check # _____ <input type="checkbox"/> Debit/Credit Card <input type="checkbox"/> OVRs Pymnt
VA Copy Audit #:	Audit #:
Exchanged (old) Audit #:	Clerk Initials: