

Ashtabula City Health Department- Vital Statistics

Application for Ohio Certified Copies



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Ashtabula City Health Department

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:

- Dual Citizenship/doble ciudadanía
- Genealogy/genealogía
- International Legal Business/negocios legales internacionales
- Driver's License/licencia
- Passport/pasaporte

- Marriage Certificate/casamiento
- School/Escuela
- Work/Trabajo
- Legal Purposes
- Housing
- Other:

Solo Muerte:

- No, no necesito que se incluya el Numero de Seguro Social.
- 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 = \$ _____

CANTIDAD TOTAL ADEUDADO: 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/telefono)

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: