

Ashtabula City Health Department- Vital Statistics

Application for Ohio Certified Copies



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

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

** Tarjetas de creditos tendran un cargo por gestion de lo minimo de \$3.00*

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:
Etnicidad o Raza:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Other: _____
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: _____

**Los campos con asteriscos se pueden dejar en blanco para las solicitudes de certificado de defunción.*

Registrar Informacion: (la persona en el registro solicitado persona en el acta de Nacimiento o defuncion)			
Primer Nombre: -solamente para cert. de nacimiento)	Segundo Nombre:	Apellido: (Apellido de soltera)	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/geneología <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: _____	<u>Solo Muerte:</u> <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 = \$ _____
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/teléfono)

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

Uso Para Oficina Solamente/For Office Use Only:

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