

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy . <i>(Quiero una copia certificada.)</i> | | | Preferred format (if available): <i>(Prefiero:)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal . <i>(Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)</i> | | | <input type="checkbox"/> Computer-Generated copy of original. <i>(Copia del Original-Generado por Computadora)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> I would like a Certification . <i>(Quiero una certificación.)</i> | | | <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. <i>(Imagen Digital/Fotocopia del Original)</i> | | |
| Name of Applicant <i>(Nombre de Apicante)</i> | | Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) <i>[Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]</i> | | Reasons for Request: <i>(Motivo de solicitud)</i> | |
| Current Mailing Address (Must Match address on ID) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i> | | | | <input type="checkbox"/> Passport <i>(Pasaporte)</i> <input type="checkbox"/> Driver's License <i>(Licencia de Conducir)</i> <input type="checkbox"/> School/Sports <i>(Escuela/Deportes)</i> <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits <i>(Beneficios veteranos)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Card <i>(Tarjeta Seguro Social)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Disability <i>(SSI / Incapacidad)</i> <input type="checkbox"/> Other SS Benefits <i>(Otros beneficios de seguro social)</i> <input type="checkbox"/> Medicare <i>(Medicare)</i> <input type="checkbox"/> Welfare <i>(Asistencia Pública)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> | |
| City <i>(Ciudad)</i> | State <i>(Estado)</i> | Zip Code <i>(Codigo Postal)</i> | Daytime Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i> | | |
| Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i> | | | Date of Application <i>(Fecha)</i> | | |

| | | | | |
|--|---|----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> BIRTH <i>(NACIMIENTO)</i> | Full Name of Child at Time of Birth <i>(Nombre Completo al Nacer)</i> | | No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i> | |
| | Place of Birth (City, Town) <i>[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]</i> | County <i>(Condado)</i> | Exact Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i> | |
| | Full Name of Child's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i> | | | |
| | Full Name of Child's Parent B (if on record) <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i> | | | |
| | If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: <i>(Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> MARRIAGE <i>(MATRIMONIO)</i> | Full Name of Spouse/Partner A <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[Nombre de Pareja A (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i> | | No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i> | |
| | <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i> | | Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i> | |
| | <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</i> | | County <i>(Condado)</i> | |
| Place of Event (City, Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i> | Name of Deceased Individual <i>(Nombre del Fallecido)</i> | | | |
| | Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i> | | No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i> | |
| | Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i> | | County <i>(Condado)</i> | |
| | Full Name of Deceased Individual's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[(Nombre completo de Padre/Madre A) (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i> | | Full Name of Deceased Individual's Parent B <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[(Nombre completo de Padre/Madre B) (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i> | |

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?)

- All Items on Application *(Todo Artículos en la Aplicación)*
 Payment *(Pago)*
 Acceptable Forms of ID *(Identificación Aceptable)*
 Proof of Relationship *(Prueba de Parentesco)*
 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 |
|--|-----------------------|------------|--------------|