

# Departamento de Salud de Ohio • Estadísticas Vitales

## Aplicación Para Copias Certificadas

### CERTIFICATE REQUESTED / CERTIFICADO SOLICITADO

<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <b>(Birth)</b> \$[FEE] por copia
<input type="checkbox"/> Certificado de Defunción <b>(Death)</b> \$[FEE] por copia

**Mailing Address / Dirección de envío**

Enviar solicitud completa con pago a:

Kenton Hardin Health Department  
 175 W. Franklin St, Suite 120  
 Kenton, OH 43326

### RECORD INFORMATION / INFORMACIÓN DE REGISTRO

*(Información sobre la persona en el registro solicitado)*

<b>Full Name/Nombre Completo:</b> <i>(por nacimiento, indicar el nombre completo del niño, como se muestra en el registro de nacimiento original):</i>		<b>If Name Change/Si nombre fue cambiado desde su nacimiento,</b> indique el nuevo nombre:	
<b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Date of Death/ Fecha de fallecimiento:</b>	<b>City and County/Ciudad y Condado</b> Dónde evento ocurrió:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<b>Name Before First Marriage/ Nombre del Padre antes del primer matrimonio:</b>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<b>Name Before First Marriage/ Nombre del Padre antes del primer matrimonio:</b>

### CHARGES / CARGOS

*Por favor, incluya un cheque o giro postal (no envíe dinero en efectivo) a nombre de "[PAYEE NAME]"*

<b>Birth/Nacimiento:</b>	<b>Por favor, indique si solicita la certificado para cualquiera de los fines siguientes:</b> <input type="checkbox"/> Doble Ciudadanía <input type="checkbox"/> Genealogía <input type="checkbox"/> Fuera de Matrimonio País <input type="checkbox"/> Internacional Jurídico de negocios	Número de copias de registros de nacimiento: _____ x \$27.00 = \$ _____
<b>Death/Muerte:</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> , no es necesario el número de seguro social incluido. <input type="checkbox"/> <b>Yes/Sí</b> , solicito una copia con el SSN incluido. Debe adjuntar una copia de su identificación mostrando usted es un solicitante autorizado (ver página de instrucciones para la lista completa de los solicitantes autorizados).	Número de registro de la muerte de copias: _____ x \$27.00 = \$ _____
<b>Total Amount Due/Importe total a pagar:</b> Los reembolsos se emitirán sólo para pedidos en un documento certificado no puede expedirse. Pago en exceso de \$ 2.00 o menos no será devuelto.		\$ _____

### APPLICANT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

*(Información sobre la persona que solicita el registro)* Por favor escriba claramente, ya que se utilizará para su recepción, dirección postal y / o para el contacto futuro para completar su solicitud de registro.

Applicant Name/ Nombre del solicitante:		Email/ Correo electrónico:	
Street Address/ Dirección:		Phone Number/Número de teléfono:	
City, State, & ZIP/Ciudad, Estado, y Código Postal:		Signature of Applicant/ Firma del solicitante:	