



West New York Health Department

428 - 60th Street, Room 30
 West New York, N.J. 07093
 (201) 295-5070 Fax (201) 295-0769

FiorD'Aliza Frias
 Commissioner

Vincent A. Rivelli, M.S.
 Health Officer

Maria Alvarez
 Registrar of Vital Statistics

Application for a Certified Copy of Vital Record
Copy(ies) are \$10.00

Money Order or Certified Bank Check ONLY: Payable to: WNY HEALTH DEPARTMENT

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy. <i>(Quiero una copia certificada.)</i>		If available, I prefer the format of the certified copy to be: <i>(Prefiero:)</i> <input type="checkbox"/> Computer Generated copy of original. <i>(Copia del Original-Generado por Computadora)</i> <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. <i>(Imagen Digital/Fotocopia del Original)</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"/> I would like a Certification. <i>(Quiero una certificación.)</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>	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i>			
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	Reasons for Request: <i>(Motivo de solicitud)</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>
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>
	Child's Mother's Full Maiden Name <i>(Nombre completo de soltera de la Madre)</i>		Child's Father's Name (if on record) <i>[Nombre del Padre (si esta registrado)]</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> <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i> <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</i>	Name of Husband/ Partner <i>(Nombre de Esposo/Pareja)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Maiden Name of Wife/ Partner <i>(Nombre Soltera de Esposa/Pareja)</i>		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>
	Place of Event (City, Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</i>	Social Security Number (See Note) <i>[Numero de Seguro Social (Ver Indice)]</i>	No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother <i>(Nombre Soltera de la Madre)</i>		Name of Deceased Individual's Father <i>(Nombre del Padre)</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?)

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> All Items on Application
<i>(Todo Artículos en la Aplicación)</i> | <input type="checkbox"/> Payment
<i>(Pago)</i> | <input type="checkbox"/> Acceptable Forms of ID
<i>(Identificación Aceptable)</i> | <input type="checkbox"/> Proof of Relationship
<i>(Prueba de Parentesco)</i> | <input type="checkbox"/> Mailing Address Matches ID
<i>(Dirección Postal Coincidente con ID)</i> |
|---|---|--|---|---|



West New York Health Department

428 - 60th Street, Room 30
West New York, N.J. 07093
(201) 295-5070 Fax (201) 295-0769

FiorD'Aliza Frias
Commissioner

Vincent A. Rivelli, M.S.
Health Officer

María Alvarez
Registrar of Vital Statistics

Couples must apply for a Marriage License application from **MONDAY thru FRIDAY 9:00AM TO 3:00PM.**

Las parejas deben de aplicar entre **LUNES A VIERNES de 9:00 AM A 3:00 PM**

Where should you apply? The marriage or civil union must be obtained from the registrar in the New Jersey municipality in which either applicant resides.

Donde debe solicitar usted? La licencia deben ser obtenida en el municipio de New Jersey en el que reside.

To obtain license? The bride, groom and one (1) witness over the age of 18 yrs.old must be present

Para obtener licencia? La novia, el novio y un testigo mañor de 18 años tienen que estar presente

You must bring with you to apply for license: Birth Certificate or Passport

Para aplicar para la licencia tiene que traer: Certificado de Nacimiento o Pasaporte

If you been divorce or widowed: Must bring divorce decree or death certificate

Si estado divorciado o viudo: Tienen que traer papel de divorcio o certificado de difuncion

Must bring proof of residence: Such as driver license, utility bill, telephone bill, etc.

Para prueba de direccion: Traer licencia de manejar,, recibo de telefono etc.

Cost of license: \$28.00 Money Order only **PAYABLE TO: WNY HEALTH DEPT.**

Costo de licencia: \$28.00 Money Order solamente. **PAGADO A: WNY HEALTH DEPT.**

Once the license is issued, it is good for 30 days from the date of issuance.

Una vez que la licencia es publicada, es buena durante 30 dias de la fecha de emission.