



West New York Health Department

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

Mayor Silverio A. Vega
 Director

Vincent R. Rivelli, M.S.
 Health Officer

Application for a Certification or a Certified Copy of Vital Record

MONEY ORDER OR CERTIFIED BANK CHECK ONLY

Fee: \$5.00 - Payable to: WNY HEALTH DEPARTMENT

Maria Alvarez
 Registrar of Vital Statistics

<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"/> 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>	
	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>	Name of Husband/ Partner <i>(Nombre de Esposa/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"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</i>		Social Security Number (See Note) <i>[Número de Seguro Social (Ver Índice)]</i>	
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>		Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)]</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>	
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</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>	
	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?)

- 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)*