



# West New York Health Department

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

Felix Roque, M.D.  
Mayor

Vincent A. Rivelli, M.S.  
Health Officer

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

<input type="checkbox"/> BIRTH (NACIMIENTO)	Full Name of Child at Time of Birth (Nombre Completo al Nacer)		No. Requested Copies (No. de Copias)
	Place of Birth (City, Town) (Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo))	County (Condado)	Exact Date of Birth (Fecha de Nacimiento)
	Child's Mother's Full Maiden Name (Nombre completo de soltera de la Madre)		Child's Father's Name (if on record) (Nombre del Padre (si esta registrado))
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: (Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):		
<input type="checkbox"/> MARRIAGE (MATRIMONIO)	Name of Husband/ Partner (Nombre de Esposo/Pareja)		No. Requested Copies (No. de Copias)
	<input type="checkbox"/> CIVIL UNION (UNIÓN CIVIL)		Exact Date of Event (Fecha Exacta del Evento)
	Maiden Name of Wife/ Partner (Nombre Soltera de Esposa/Pareja)		
<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (SOCIEDAD DOMÉSTICA)	Place of Event (City, Town) (Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo))		County (Condado)
<input type="checkbox"/> DEATH (DEFUNCIÓN)	Name of Deceased (Nombre del Fallecido)		Social Security Number (See Note) (Número de Seguro Social (Ver Índice))
	Exact Date of Death (Fecha Exacta del Evento)		Place of Event (City/Town) (Lugar del Evento (Ciudad, pueblo))
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother (Nombre Soltera de la Madre)		Name of Deceased Individual's Father (Nombre del Padre)

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)