WEST NEW YORK HEALTH DEPARTMENT
428 – 60TH Street Room 30
West New York, NJ 07093
(201)295-5070

Application for a Certified Copy of Vital Statistics

Copy(ies) are $10.00 each

MONEY ORDER ONLY : Payable to: WNY HEALTH DEPARTMENT

☐ Copia Certificada. ☐ Copia Certificada para Ser Apostillada ☐ Certificación	**Relación del Solicitante con el Individuo Registrado** *(prueba es requerida para copia certificada)*	**Firma del Solicitante** **Fecha** / /

Nombre de Solicitante

Primero *Segundo*

Apellido

Dirección Postal *(debe coencedir con Identificación)*

Calle

Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

Dirección de Correo Electrónico *(e-mail)*

@

Número Telefónico

( ) -

Motivo de Solicitud

- ☐ Pasaporte
- ☐ Licensia de Conducir
- ☐ Escuela / Deportes
- ☐ Beneficios Veteranos
- ☐ Tarjeta Seguro Social / Beneficios
- ☐ Medicare
- ☐ Asistencia Pública
- ☐ Otro: _____

☐ NACIMIENTO

Nombre al Nacer	*Primero* *Segundo* *Apellido*		
No. de Copias	**Lugar de Nacimiento** *Ciudad* *Estado*	**Condado**	**Fecha de Nacimiento** / /

Nombres Completo de Padre/Madre *(inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)*

Padre/Madre A *Primero* *Segundo* *Apellido*

Padre/Madre B *Primero* *Segundo* *Apellido*

Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado:

☐ MATRIMONIO ☐ UNIÓN CIVIL ☐ SOCIEDAD DOMÉSTICA

No. de Copias	**Lugar del Evento** *Ciudad* *Estado*	**Condado**	**Fecha del Evento** / /

Nombre de Pareja *(inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)*

Pareja A *Primero* *Segundo* *Apellido*

Pareja B *Primero* *Segundo* *Apellido*

☐ DEFUNCIÓN

Nombre del Fallecido	*Primero* *Segundo* *Apellido*		
No. de Copias	**Lugar del Evento de Muerte** *Ciudad* *Estado*	**Condado**	**Fecha de Muerte** / /

Nombres Completo de Padre/Madre del Fallecido *(Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)*

Padre/Madre A *Primero* *Segundo* *Apellido*

Padre/Madre B *Primero* *Segundo* *Apellido*

¿Usted a Incluido y Completado Toda la Información Requerida?

- ☐ Solicitud Completada
- ☐ Pago
- ☐ Prueba de Parentesco
- ☐ Identificación Aceptable
- ☐ Dirección Postal Coincidente con ID

_____RECOJER _____ MANDAR POR CORREO