

# Departamento de Salud de Ohio • Estadísticas Vitales

## Aplicación Para Copias Certificadas

### CERTIFICATE REQUESTED / CERTIFICADO SOLICITADO

<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento (Birth) \$25.00 por copia
<input type="checkbox"/> Certificado de Defunción (Death) \$25.00 por copia



**Madison County  
Public Health**

Prevent. Promote. Protect.

306 Lafayette St. London, Ohio 43140 740 852-3065

### 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, indique el nuevo nombre:</b>	
<b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Date of Death/ Fecha de fallecimiento:</b>	<b>City and County/Ciudad y Condado Dónde evento ocurrió:</b>	
<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 Madison County Public Health*

<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 \$23.00 = \$ _____
<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 \$23.00 = \$ _____
<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:

**Date:**

**State File No.**

**Receipt:**

**Security Paper #:**