



WALLA WALLA COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

314 West Main Street • PO Box 1753 • Walla Walla, WA 99362
Main Telephone: (509) 524-2650 • Confidential Fax: (509) 524-2642 • Main Fax: (509) 524-2678

Formulario de solicitud de actas de defunción

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE
NOMBRE DE LA PERSONA/EMPRESA QUE SOLICITA EL ACTA/LAS ACTAS:
DIRECCIÓN DE ENVÍO DEL ACTA/LAS ACTAS: (SE REQUIERE UNA DIRECCIÓN POSTAL PARA LAS SOLICITUDES DE FEDEX)
CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: PAÍS:
NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMADAS DURANTE EL DÍA: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

Acta de Defunción Completa Extracto de Acta de Defunción Informativas de Registros de Defunción
(No Complete la sección 'Indique su Relación' si estas solicitando copia informativa)
LAS COPIAS INFORMATIVAS NO CERTIFICADAS DE LOS REGISTROS DE MUERTE NO SE EXPIDEN EN PAPEL CERTIFICADO Y NO SE PUEDEN UTILIZAR CON FINES LEGALES. LAS COPIAS CONTENERÁN UNA MARCA DE AGUA QUE INDIQUE QUE ES ÚNICAMENTE CON FINES INFORMATIVOS. LA COPIA INFORMATIVA SOBRE LA MUERTE NO MOSTRARÁ LA CAUSA NI LA FORMA DE LA MUERTE O EL SSN DEL DECEDENTE.

Para recibir un acta de defunción, debe indicar su relación con la persona que consta en el registro y firmar la declaración jurada por la que afirma que está autorizado a recibir el acta.

INDIQUE SU RELACIÓN
CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO HIJO(A) PADRE/MADRE PADRASTRO/MADRASTRA HIJASTRO(A)
HERMANO(A) ABUELO(A) NIETO(A) BISABUELO(A) TUTOR LEGAL
REPRESENTANTE LEGAL REPRESENTANTE AUTORIZADO TRIBUNALES AGENCIA GUBERNAMENTAL
SOLO EXTRACTOS: ASEGURADORA/AGENTE DE SEGUROS DE TÍTULO
SOLO EXTRACTOS: DETERMINACIÓN SOBRE LA DEFUNCIÓN O PROTECCIÓN DE UN DERECHO PERSONAL O DE PROPIEDAD VINCULADO A LA DEFUNCIÓN
DIRECTOR DE FUNERARIA O EMPRESA FUNERARIA DENTRO DE LOS 12 MESES DE LA FECHA DE DEFUNCIÓN
PERSONA CON DERECHO A DISPONER DE LOS RESTOS DE LA PERSONA QUE FIGURA EN EL REGISTRO CONFORME A LA SECCIÓN 68.50.160 DEL RCW

DATOS DEL REGISTRO DE DEFUNCIÓN
PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE (COMPLETO): APELLIDO(S):
FECHA APROXIMADA DE LA DEFUNCIÓN: (MES Y AÑO) CIUDAD O CONDADO DE LA DEFUNCIÓN:
OTROS NOMBRES, SI LOS CONOCE (P. EJ., APELLIDO DE SOLTERA, APELLIDOS DE CASADA, NOMBRES DE LOS PADRES, ETC.): CÓNYUGE/S, SI LO/S CONOCE:
FECHA DE NACIMIENTO, SI LA CONOCE: LUGAR DE NACIMIENTO, SI LO CONOCE:

Declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes del estado de Washington que la información que proporcioné es correcta y verdadera. Además, soy consciente de que realizar a sabiendas una declaración falsa sobre registros vitales a fin de solicitar un acta es una falta grave en virtud de las leyes de Washington, sección 70.58A.590(2) del RCW.
FIRMA (SOLICITANTE) FECHA DE LA FIRMA: (MM/DD/AAAA)

Table with columns for Tariff types (Completa, Extractos, Copias Informativas), Envío (Correo), and Total Amount Due (Monto Total Adeudado). Includes a note: 'No se harán reembolsos'.

Table for internal use (Solo Para Uso Interno) with columns for Receipt, Certificate Issued, Date, Local Number, and State Number.