

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|
| <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 coecondir con identificación)</i>) | | | | <input type="checkbox"/> Genealogy (<i>Ancestral</i>) | |
| City (<i>Ciudad</i>) | State (<i>Estado</i>) | Zip Code (<i>Código 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"/> Dual Citizenship (<i>Doble Ciudadania</i>) | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Estate Matters (<i>Cuestiones de Herencia</i>) | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>) _____ | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> BIRTH (<i>NACIMIENTO</i>) (over 80 years ago) (<i>más de 80 años</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) (Optional) (<i>Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo) (Opcional)</i>) | County (<i>Condado</i>) | Date of Birth or Year(s) to be searched (<i>Fecha de Nacimiento ó años de búsqueda</i>) | | |
| | Full Name of Child's Parent A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (Optional) (<i>Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento) (Opcional)</i>) | | | | |
| | Full Name of Child's Parent B (if on record) (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (Optional) (<i>Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento) (Opcional)</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>) (over 50 years ago) (<i>más de 50 años</i>) | Full Name of Spouse A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre de Esposo (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>) | | No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>) | | |
| | Full Name of Spouse B (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre de Esposo (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>) | | Date of Event or Year(s) to be searched (<i>Fecha del Evento ó años de búsqueda</i>) | | |
| | Place of Event (City, Town) (Optional) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo) (Opcional)</i>) | | County (<i>Condado</i>) | | |
| <input type="checkbox"/> DEATH (<i>DEFUNCIÓN</i>) (over 40 years ago) (<i>más de 40 años</i>) | Name of Deceased (<i>Nombre del Fallecido</i>) | | No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>) | | |
| | Place of Event (City/Town) (Optional) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, pueblo) (Opcional)</i>) | County (<i>Condado</i>) | Date of Death or Year(s) to be searched (<i>Fecha de muerte ó años de búsqueda</i>) | | |
| | Full Name of Deceased Individual's Parent A (Optional) (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre completo de Padre/Madre A (Opcional) (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>) | | Full Name of Deceased Individual's Parent B (Optional) (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre completo de Padre/Madre B (Opcional) (Inscrito en el acta de nacimiento)</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*)

FOR STATE USE ONLY

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------|
| Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived | Payment Amount: \$ | ID Viewed: | Processed By |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------|