

भर्मोन्टको जन्म वा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिका लागि आवेदन

एस्ट्रिक (*) भएका ठाउँहरूमा अनिवार्य जानकारी भरिनुपर्छ ।

आवेदकसम्बन्धी जानकारी*:

तपाईंको नाम: नाम*: _____ बीचको नाम: _____ थर*: _____ प्रत्यय: _____

व्यवसायको नाम: _____

पत्राचार ठेगाना*: _____ सहर*: _____

राज्य*: _____ जिप कोड*: _____ जन्म मिति*: _____ / _____ / _____

फोन नम्बर*: (_____) _____ - _____ इमेल ठेगाना: _____

प्रमाणपत्रसम्बन्धी जानकारी*:

मैले निम्न अनुरोध गर्दै छु (एउटा छनौट गर्नुहोस्)*:

जन्म दर्ता प्रमाणपत्र

जन्म मिति*: _____ / _____ / _____

जन्म भएको नगर* _____

के यो जन्म दर्ता प्रमाणपत्र विदेशमा जन्मिएको बच्चाका लागि हो ?

___ हो

___ होइन

मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र

मृत्युको मिति*: _____ / _____ / _____

मृत्यु भएको नगर* _____

प्रमाणपत्रमा नाम: नाम*: _____ बीचको नाम: _____ थर*: _____ प्रत्यय: _____

लिंग*: _____ पुरुष _____ महिला _____ x (नन-बाइनरी)

आमा/अभिभावकको नाम: नाम: _____ बीचको नाम: _____ थर: _____ प्रत्यय: _____

बुबा/अभिभावकको नाम: नाम: _____ बीचको नाम: _____ थर: _____ प्रत्यय: _____

प्रमाणपत्रमा भएको व्यक्तिसँग तपाईंको सम्बन्ध (एउटा छनौट गर्नुहोस्)*:

आफैं (जन्म दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

पति/पत्नी

सन्तान

आमा/बुबा

दाजुभाइ/दिदीबहिनी

नाति/नातिनी

हजुरबुबा/हजुरआमा

कानुनी अभिभावक

अदालतद्वारा नियुक्त कार्यसम्पादक वा प्रशासक

बर्मोजिम मृतकको इस्टेट (जायजेथा) का लागि अधिकार प्रदान गरिएको

कानुनी प्रतिनिधित्व (माथिमध्ये एकका लागि)

अदालती आदेशद्वारा अनुमति दिइएको

18 V.S.A. § 5016(b)(2)(B) बर्मोजिम ।

अदालती आदेशको प्रमाणित प्रति अनिवार्य रूपमा उपलब्ध गराइनुपर्छ ।

फोटोकपीहरू स्वीकार गरिने छैन ।

अन्तिम संस्कारका लागि प्राधिकरण (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

U.S. अमेरिकी भूपू सैनिक मामिला विभाग (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

मृतकको बीमा कम्पनी (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

भर्मोन्टको सार्वजनिक निकायका कर्मचारी

18 V.S.A. § 5016(a)(6)

आवेदन पृष्ठ 2 मा क्रमशः रहन्छ ।

अर्डरसम्बन्धी विवरण*:

अनुरोध गरिएको कुल प्रति: _____ x प्रति \$10.00 = अर्डर कुल: \$ _____

Vermont Department of Health को नाममा भुक्तानी हुने चेक वा मनि अर्डर (अमेरिकी फण्ड) बनाउनुहोस् ।

आवेदकको परिचय खुले कागजात(हरू)*

भर्मोन्टको विधानअनुसार तपाईंको वैध आइडी (परिचयपत्र) को प्रतिलिपि तपाईंको आवेदनसँगै अनिवार्य रूपमा बुझाइनुपर्छ । तल सूचिकृत कागजातहरूमध्ये कुनै "एक" को प्रतिलिपि बुझाउनुहोस् । तपाईंले उपलब्ध गराउने भनेर छनौट गर्नुभएको आइडीको आइडी नम्बर र म्याद समाप्त हुने मिति भर्नुहोस् ।

कागजात #: _____ म्याद समाप्ति मिति: _____ / _____ / _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> अमेरिकाद्वारा जारी सवारीचालक अनुमतिपत्र वा आइडी कार्ड | <input type="checkbox"/> अमेरिकी निवासी विदेशी कार्ड वा अमेरिकी ग्रिन कार्ड वा अमेरिकी स्थायी आवास अनुमति कार्ड (फाराम I-551) |
| <input type="checkbox"/> अमेरिकी स्वशासित क्षेत्रहरूको सवारीचालक अनुमतिपत्र वा आइडी कार्ड | <input type="checkbox"/> अमेरिकी रोजगारी अनुमति कागजात वा कार्ड (फाराम I-765) |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको हस्ताक्षर सहितको जनजातीय कार्ड | <input type="checkbox"/> भर्मोन्ट राज्यको वैध कर्मचारी |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको हस्ताक्षर सहितको अमेरिकी सैन्य आइडी कार्ड | <input type="checkbox"/> "घरवारविहीन स्थितिको शपथपत्र" फाराम ** |
| <input type="checkbox"/> राहदानी: अमेरिकी वा विदेशमा जारी | <input type="checkbox"/> परिचयलाई समर्थन गर्ने भर्मोन्टको सुधार गृह व्यवस्थापन विभागबाट कागजात ** |
| <input type="checkbox"/> आइडी भिसा: अमेरिकाद्वारा जारी गरिएको र तपाईंको हस्ताक्षर रहेको राहदानीमा रहेको | |

** - कागजात नम्बर वा म्याद समाप्ति मिति आवश्यक नपर्ने

यदि तपाईंसँग माथिका आइडीहरूमध्ये एउटा पनि छैन भने तपाईंले तल सूचिकृत दुईवटा कागजातहरूका प्रतिलिपिहरू अनिवार्य रूपमा बुझाउनुपर्छ ।

यी दुईवटा कागजातहरूले तपाईंको हालको ठेगाना र तपाईंको हस्ताक्षर अनिवार्य रूपमा देखाउनुपर्छ ।

तल सूचिकृत कागजातहरू वैकल्पिक आइडीका स्वीकार्य स्वरूपहरू हुन् ।

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> तलबको भुक्तानी रसिद सहितको कर्मचारी फोटो आइडी वा अमेरिकी आन्तरिक राजस्व W-2 फाराम | <input type="checkbox"/> मतदाता नामावली कार्ड |
| <input type="checkbox"/> सङ्घीय कर रिपोर्ट कार्ड वा हाल भर्ना रहेको भनेर अन्य प्रमाण सहितको स्कुल, विश्वविद्यालय वा कलेजको फोटो आइडी | <input type="checkbox"/> हालको ठेगाना र हस्ताक्षर सहितको दायर गरिएको फाराम |
| <input type="checkbox"/> सेवाको सङ्घीय वा राज्यको सुधार गृह वा कारागारद्वारा जारी गरिएको आइडी | <input type="checkbox"/> बैंक विवरण, हालको ठेगाना भएको सम्पत्ति वा उपयोगिता बिल |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको हस्ताक्षर सहितको सामाजिक सुरक्षा वा Medicare | <input type="checkbox"/> हालको ठेगाना रहेको अमेरिकी वा राज्यको अदालतका कागजातहरू कार्ड |
| <input type="checkbox"/> पाइलटको अनुमतिपत्र | <input type="checkbox"/> नाम र हालको ठेगाना भएको इजाजतप्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट प्राप्त रसिद |
| <input type="checkbox"/> हालको ठेगाना सहितको कारको रजिस्ट्रेशन वा कारको स्वामित्व कागजात | <input type="checkbox"/> नाम र हालको ठेगाना सहितको फर्स्ट क्लास मेल |
| <input type="checkbox"/> अमेरिकी सेलेक्टिभ सर्भिस कार्ड | |

प्रमाणीकरण*:

यस आवेदनमा भौतिक तथ्यको रूपमा जानीजानी गलत विवरण दिने, गलत प्रस्तुति गर्ने वा प्रमाणीकरण गर्ने कुनै पनि व्यक्तिलाई \$10,000 भन्दा बढी नहुने गरी जरिवाना वा छ महिनाभन्दा बढी नहुने गरी कैद वा दुवै सजाय हुनेछ । 18 V.S.A. § 131(c) ।

म यस फाराममा उपलब्ध गराइएको जानकारी सत्य छ र म प्रमाणित प्रति प्राप्त गर्नका लागि योग्य छु भनेर प्रमाणित गर्छु ।

हस्ताक्षर*: _____ हस्ताक्षर गरिएको मिति*: _____ / _____ / _____

स्पष्ट अक्षरमा पूरा नाम*: _____

यो पूरा भरेको फाराम, परिचयको प्रतिलिपि, चेक वा मनि अर्डर र आफ्नो ठेगाना लेखिएको खामलाई हुलाकमार्फत
Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402 मा पठाउनुहोस् ।