

Zahtjev za ovjerenu kopiju izvoda iz Matične knjige rođenih ili umrlih u Vermontu

Stavke sa zvjezdicom (*) su **OBAVEZNE** informacije.

Informacije o podnosiocu zahtjeva*:

Vaše puno ime: Ime*: _____ Srednje ime: _____ Prezime*: _____ Sufiks: _____

Naziv firme: _____

Poštanska adresa*: _____ Grad*: _____

Savezna država*: _____ Poštanski broj*: _____ Datum rođenja*: _____ / _____ / _____

Broj telefona*: (_____) _____ - _____ Adresa e-pošte: _____

Informacije o izvodu*:

Ja podnosim zahtjev za (odaberite jedno)*:

Izvod iz Matične knjige rođenih

Datum rođenja*: _____ / _____ / _____

Mjesto rođenja* _____

Je li ovo izvod iz Matične knjige rođenih za dijete rođeno u inostranstvu?

_____ Da

_____ Ne

Izvod iz Matične knjige umrlih

Datum smrti*: _____ / _____ / _____

Mjesto smrti* _____

Ime na izvodu: Ime*: _____ Srednje ime: _____ Prezime*: _____ Sufiks: _____

Pol*: _____ Muški _____ Ženski _____ X (Nebinarni)

Ime majke/roditelja: Ime: _____ Srednje ime: _____ Prezime: _____ Sufiks: _____

Ime oca/roditelja: Ime: _____ Srednje ime: _____ Prezime: _____ Sufiks: _____

Vaš odnos sa osobom koja je navedena na izvodu (odaberite jedno)*:

Ja (samo za izvod iz Matične knjige rođenih)

Supružnik

Dijete

Roditelj

Brat/sestra

Unuk/a

Djed/baka

Zakonski staratelj

Sudski izvršitelj ili administrator
za ostavinu (samo za izvod iz Matične knjige umrlih)

Pravni zastupnik (za jedno od gore navedenih)

Ovlašteno sudskim nalogom

U skladu sa 18 V.S.A. § 5016(b)(2)(B).

Obavezno dostaviti ovjerenu kopiju sudskog naloga.

Fotokopije neće biti prihvaćene.

Ovlaštenje za konačno rješenje (samo za izvod iz Matične knjige umrlih)

Uprava socijalnog osiguranja (samo za izvod iz Matične knjige umrlih)

SAD Department of Veterans Affairs (Ministarstvo za pitanja veterana)
(samo za izvod iz Matične knjige umrlih)

Nosilac osiguranja pokojnika (samo za izvod iz Matične knjige umrlih)

Zaposlenik javne agencije u Vermontu ovlaštenu podnosilac zahtjeva
u skladu sa 18 V.S.A. § 5016(a)(6).

Prijava se nastavlja na strani 2.

Detalji naloga*:

Ukupan broj zahtjevanih kopija: _____ x 10,00 USD svaka = Ukupno: _____
 USD Napravite čekove ili uplatnice (sredstva koja se koriste u SAD-u) koji se plaćaju u korist **Vermont Department of Health (Ministarstvu zdravlja Vermonta)**.

Identifikacioni dokument(i) podnosioca zahtjeva*

U skladu sa statutom savezne države Vermont, kopija vašeg važećeg identifikacionog dokumenta MORA biti dostavljena uz vašu prijavu. Priložite kopiju jednog od dolje navedenih dokumenata. Unesite broj identifikacionog dokumenta i datum isteka identifikacionog dokumenta koga prilažete.

Broj dokumenta: _____ Datum isteka: _____ / _____ / _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vozačka dozvola ili lična karta izdata u SAD | <input type="checkbox"/> SAD boravišna dozvola stranca ili SAD zeleni karton ili SAD dozvola za stalni boravak (Obrazac I-551) Plemenska |
| <input type="checkbox"/> vozačka dozvola za teritoriju SAD-a ili lična karta | <input type="checkbox"/> SAD Dokument ili kartica odobrenja za zapošljavanje (Obrazac I-765) |
| <input type="checkbox"/> lična karta koja sadrži vaš potpis | <input type="checkbox"/> Važeća lična karta službenika u državi Vermont |
| <input type="checkbox"/> Američka vojna lična karta koja sadrži vaš potpis | <input type="checkbox"/> Obrazac "Izjava o statusu beskućnika" ** |
| <input type="checkbox"/> Pasoš: SAD ili strani | <input type="checkbox"/> Dokumentaciju iz Vermont Department of Corrections (Kazneno-popravni zavod savezne države Vermont) koja potvrđuje identitet ** |
| <input type="checkbox"/> VIZA: izdata od strane SAD-a i uključena u pasoš koji sadrži vaš potpis | |

** - Ne zahtijeva broj dokumenta niti datum isteka

Ako nemate jedan od gore navedenih ličnih dokumenata, morate dostaviti kopije dva dokumenta sa liste ispod.

Ova dva dokumenta zajedno moraju pokazati vašu trenutnu adresu i vaš potpis.

Samo dolje navedeni dokumenti su prihvatljivi oblici alternativne identifikacije.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lična karta zaposlenika sa fotografijom sa platnim odreskom ili | <input type="checkbox"/> Kartica za registraciju birača |
| <input type="checkbox"/> Obrazac za interne prihode u SAD-u W-2 adresom Školska, univerzitetska ili identifikaciona kartica koledža sa fotografijom i | <input type="checkbox"/> Podneseni federalni porezni obrazac sa trenutnom potpisom |
| <input type="checkbox"/> Izveštaj ili drugi dokaz o trenutnom upisu aktuelnom ličnom kartom koja je izdata na federalnom ili državnom nivou Identifikacioni dokument koji je izdao kazneno-popravni zavod ili zatvor | <input type="checkbox"/> Izvod iz banke, račun za imovinu ili komunalije sa adresa |
| <input type="checkbox"/> Kartica socijalnog osiguranja ili Medicare sa vašom trenutnoj adresi | <input type="checkbox"/> Dokumenti Federalnog ili Državnog suda sa potpisom na |
| <input type="checkbox"/> Dozvola pilota | <input type="checkbox"/> Potvrda od licenciranog pružaoca zdravstvenih usluga sa imenom i trenutnom adresom |
| <input type="checkbox"/> Registracija automobila ili tapija sa trenutnom adresom | <input type="checkbox"/> Pošta prve klase sa imenom i trenutnom adresom |
| <input type="checkbox"/> Kartica selekcije u vojnu službu SAD-a | |

Potvrda*:

Svaka osoba koja svjesno da lažnu izjavu, lažno se predstavi ili krivotvori potvrdu o bilo kojoj materijalnoj činjenici u ovoj prijavi bit će kažnjena novčanom kaznom ne većom od 10.000 USD ili kaznom zatvora u trajanju od najviše šest mjeseci, ili oboje. 18 V.S.A. § 131(c).

Potvrđujem da su informacije navedene u ovom obrascu istinite i da ispunjavam uslove da dobijem ovjerenu kopiju.

Potpis*: _____ Datum potpisa*: _____ / _____ / _____

Puno ime štampanim slovima*: _____

Pošaljite ovaj popunjeni obrazac, kopiju identifikacionog dokumenta, čeka ili uplatnice, i kovertu sa sopstvenom adresom na adresu Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402.