

Vital Records Office  
PO Box 70  
Burlington, VT 05402

## 申请佛蒙特州出生或死亡证明核证副本

带星号 (\*) 的项目为 必填 信息。

### 申请人信息\*：

您的姓名：名\*：\_\_\_\_\_ 中间名：\_\_\_\_\_ 姓\*：\_\_\_\_\_ 后缀：\_\_\_\_\_

公司名称：\_\_\_\_\_

邮寄地址\*：\_\_\_\_\_ 城市\*：\_\_\_\_\_

州\*：\_\_\_\_\_ 邮政编码\*：\_\_\_\_\_ 出生日期\*：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

电话号码\*：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 电子邮箱：\_\_\_\_\_

### 证书信息\*：

我要办理 (选择一项)\*：

出生证明  
出生日期\*：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
出生市镇\*：\_\_\_\_\_

该出生证明是否是给国外出生的孩子办理？

\_\_\_ 是 \_\_\_ 否

死亡证明  
死亡日期\*：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
死亡市镇\*：\_\_\_\_\_

证书上姓名：名\*：\_\_\_\_\_ 中间名：\_\_\_\_\_ 姓\*：\_\_\_\_\_ 后缀：\_\_\_\_\_

性别\*：\_\_\_ 男性 \_\_\_ 女性 \_\_\_ 未指定 (非二元性别)

母亲/父母姓名：名：\_\_\_\_\_ 中间名：\_\_\_\_\_ 姓：\_\_\_\_\_ 后缀：\_\_\_\_\_

父亲/父母姓名：名：\_\_\_\_\_ 中间名：\_\_\_\_\_ 姓：\_\_\_\_\_ 后缀：\_\_\_\_\_

### 您与被证明人关系 (选择一项)\*：

本人 (仅限出生证明)

配偶

子女

父母

兄弟姐妹

(外) 孙子女

(外) 祖父母

法定监护人

法院指定的遗嘱执行人或管理人

死者遗产申请人 (仅限死亡证明)

法定代理人 (适用于上述之一)

由法院命令授权

根据佛蒙特州法规第18章第5016节(b)(2)(B)项规定。  
必须提供法院命令的核证副本。  
复印件不予受理。

最终处置权人 (仅限死亡证明)

社会保障管理局 (仅限死亡证明)

美国退役军人事务部 (仅限死亡证明)

死者保险公司 (仅限死亡证明)

授权佛蒙特州公共机构工作人员

根据佛蒙特州法规第18章第5016节(a)(6)项规定。

申请表接下页。

**订单详情\*：**

所需副本总份数： \_\_\_\_\_ x \$10 一份 = 总金额： \$ \_\_\_\_\_  
请使用支票或汇票（美元）支付，收款人为 Vermont Department of Health。

**申请人证明文件\*：**

根据佛蒙特州的法规，在申请时必须提交有效的身份证明副本。请提交下列任一文件的副本。  
请填写您提供的所选身份证明的 ID 号码和有效截止日期。

文件 #： \_\_\_\_\_ 有效截止日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 美国签发的驾驶证或身份证        | <input type="checkbox"/> 美国外籍人口居民卡或美国绿卡<br>或美国永久居民卡 (I-551 表) |
| <input type="checkbox"/> 美国地区驾驶证或身份证         | <input type="checkbox"/> 美国就业授权文件或卡 (I-765 表)                 |
| <input type="checkbox"/> 含有您签名的部落身份证         | <input type="checkbox"/> 有效的佛蒙特州雇员 ID 卡                       |
| <input type="checkbox"/> 含有您签名的美国军人身份证       | <input type="checkbox"/> “流浪人员身份宣誓书”表格 **                     |
| <input type="checkbox"/> 护照：美国或外国签发          | <input type="checkbox"/> 佛蒙特州惩教局提供的身份证明文件 **                  |
| <input type="checkbox"/> 签证：美国签发且含在含有您签名的护照内 |   |

\*\* - 无需提供文件编号或有效截止日期

如果您没有上述身份证明之一，您必须提供以下列表中的两份文件的副本。  
这两份文件之中必须含有您当前居住地址和您的签名。

仅接受以下列出的文件作为替代身份证明。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 带照片的雇员 ID 卡（附带工资单）或美国国税 W-2 报税表 | <input type="checkbox"/> 选民登记卡                         |
| <input type="checkbox"/> 带照片的学校、大学或学院学生卡（附带成绩单），或其它在校证明  | <input type="checkbox"/> 使用当前居住地址和签名提交的联邦税表            |
| <input type="checkbox"/> 联邦或州惩教所或监狱签发的身份证明               | <input type="checkbox"/> 含有当前居住地址的银行对账单、物业或水电账单        |
| <input type="checkbox"/> 含有您签名的社会保障卡或医疗保险卡               | <input type="checkbox"/> 含有当前居住地址的美国或州法院文件             |
| <input type="checkbox"/> 飞行员执照                           | <input type="checkbox"/> 有执照的医疗机构开具的收据，其中含有您的姓名和当前居住地址 |
| <input type="checkbox"/> 含有当前居住地址的汽车登记证或产权证              | <input type="checkbox"/> 含有您姓名和当前居住地址的一类邮件             |
| <input type="checkbox"/> 美国义务兵卡                          |  |

**确认声明\*：**

根据佛蒙特州法规第18章第131节(c)项规定，任何人如在本申请中故意就任何重要事实作出虚假陈述、失实陈述或证明，将被处以不超过 10,000 美元的罚款或者不超过六个月的监禁，或两者并罚。  
我证明此表中提供的信息是真实的，我有资格获得核证副本。

签名\*： \_\_\_\_\_ 签名日期\*： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

正楷姓名\*： \_\_\_\_\_

请将填写好的表格、身份证明复印件、支票或汇票以及回邮信封邮寄至  
Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402.