VERMONT
DEPARTMENT OF HEALTH

Vital Records Office
280 State Drive
Waterbury, VT 05671

佛蒙特州出生或死亡證明書的公證副本申請表

帶星號 (*) 的項目是 **必填** 資料。

申請人資料*：

您的姓名：名字*：_____ 中間名：_____ 姓氏*：_____ 後綴：____

企業名稱：_____

郵寄地址*：_____ 城市*：_____

州*：_____ 郵遞區號*：_____ 出生日期*：____/____/____

電話號碼*：(　　) - _____ 電子郵件地址：_____

證明書資料*：

我要申請（請選一項）*：

☐ 出生證明書
出生日期*：____/____/____
出生的城鎮* _____
這是為在外國出生的子女的出生證明書嗎？
___是 ___否

☐ 死亡證明書
死亡日期*：____/____/____
死亡的城鎮* _____

證書上姓名： 名字*：_____ 中名：_____ 姓氏*：_____ 後綴：____

性別*：___男性 ___女性 ___x（非二元性別）

母親/父母的姓名： 名字：_____ 中名：_____ 姓氏：_____ 後綴：____

父親/父母的姓名： 名字：_____ 中名：_____ 姓氏：_____ 後綴：____

您與證書上指定人士的關係（請選一項）*：

☐ 本人（僅限 BC (出生證明書)）
☐ 配偶
☐ 子女
☐ 父母
☐ 兄弟姐妹
☐ 孫子女
☐ 祖父母
☐ 法定監護人
☐ 法院指定的執行人或管理員
☐ 死者遺產請願人（僅限 DC (死亡證明書)）
☐ 法定代表人（以上其中之一）

☐ 法院的下令授權
根據佛蒙特州法規第 18 章第 5016 (b)(2)(B) 節。
必須提供經過公證的法院命令副本。
不接受影印本。

☐ 最終處置權（僅限 DC (死亡證明書)）
☐ 社會安全局（僅限 DC (死亡證明書)）
☐ 美國退伍軍人事務部（僅限 DC (死亡證明書)）
☐ 死者的保險公司（僅限 DC (死亡證明書)）
☐ 佛蒙特州授權的公共機構的員工
根據佛蒙特州法規第 18 章第 5016 (a)(6) 節。

申請表在第 2 頁繼續。

訂單詳情*：

申請的副本總數：_____ x 每份 10 美元 = 訂單總計： $ _____

支付給**佛蒙特州衛生部**的支票或匯票（美金）。

申請人的身份證明證件*：

根據佛蒙特州法規，您必須將您的一份有效身份證件的副本與您的申請表一起提交。請提交下列證件中其中之一的副本。請填寫您勾選提供的證件的證件號碼和有效期限。

證件號碼：_____ 有效期限：____/____/_____

- ☐ 美國簽發的駕駛執照或身份證
- ☐ 美國領地駕駛執照或身份證
- ☐ 有您簽名的部落身份證
- ☐ 有您簽名的美國軍人身份證
- ☐ 護照：美國或外國簽發
- ☐ 簽證：美國簽發並包含在有您簽名的護照中
- ☐ 美國外籍居民卡或美國綠卡或美國永久居民卡（I-551 表格）
- ☐ 美國就業授權證件或卡（I-765 表格）
- ☐ 有效的佛蒙特州員工證件
- ☐ "無家可歸者身份宣誓書" 表格 **
- ☐ 來自佛蒙特州懲教部證明身份的證件 **

**** - 不需有證件號碼或有效期限**

如果您沒有上述證件中的其中之一，則必須提交以下列表中的兩份證件的副本。
這兩份證件必須同時顯示 您目前的地址和您的簽名。_____.
只有下面列出的證件是可接受的替代證件形式。

- ☐ 附有薪資存根的帶照片的員工身份證或美國國稅局 W-2 表格
- ☐ 帶有成績單或其他有目前註冊入學證明的學校、大學或學院帶照片的身分證
- ☐ 聯邦或州懲教所或監獄簽發的身分證
- ☐ 帶有您簽名的社會安全卡或 Medicare（美國醫療保險）卡
- ☐ 飛行員執照
- ☐ 帶有目前地址的車輛登記或車主證明
- ☐ 美國兵役登記卡
- ☐ 選民登記卡
- ☐ 附有目前地址和簽名的已申報的聯邦稅務表格
- ☐ 帶有目前地址的銀行對賬單、房地產或水電瓦斯費賬單
- ☐ 帶有目前地址的美國或州法院證件
- ☐ 來自持照的醫療保健提供者的收據，其中包含姓名和目前地址
- ☐ 帶有姓名和目前地址的一類郵件

證明*：

任何人蓄意就本申請表中的任何重要事實作出虛假陳述、失實陳述或證明，將被處以不超過 10,000 美元的罰款或不超過六個月的監禁，或兩者併罰。18 V.S.A. § 131(c)（佛蒙特州法規第 18 章第 131 (c) 節）。
我證明此表格中提供的資料是真實的，而且我符合獲得一份經過公證的副本的資格。

簽名*：_____ 簽名日期*：____/____/_____

以印刷體書寫姓名*：_____

請將填妥的表格、身份證明副本、支票或匯票以及回郵信封郵寄至
Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402.