

Vital Records Office
PO Box 70
Burlington, VT 05402

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： _____ / _____ / _____

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

** - 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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 選民登記卡 |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 附有目前地址和簽名的已申報的聯邦稅務表格 |
| <input type="checkbox"/> 聯邦或州懲教所或監獄簽發的身分證 | <input type="checkbox"/> 帶有目前地址的銀行對賬單、房地產或水電瓦斯
費賬單 |
| <input type="checkbox"/> 帶有您簽名的社會安全卡或 Medicare（美國醫
療保險）卡 | <input type="checkbox"/> 帶有目前地址的美國或州法院證件 |
| <input type="checkbox"/> 飛行員執照 | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 帶有目前地址的車輛登記或車主證明 | <input type="checkbox"/> 帶有姓名和目前地址的一類郵件 |
| <input type="checkbox"/> 美國兵役登記卡 | |

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.