

वरमॉन्ट जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र की प्रमाणित प्रति हेतु आवेदन

जिन आइटम के आगे एक एस्ट्रिक (*) लगा है, वो जानकारी देनी अनिवार्य है।

आवेदक की जानकारी*:

आपका नाम: प्रथम*: _____ मध्य: _____ अंतिम*: _____ प्रत्यय: _____

बिजनेस नाम: _____

मेलिंग पता*: _____ शहर*: _____

राज्य*: _____ जिप कोड*: _____ जन्म तिथि*: ____/____/____

फोन नंबर*: (_____) _____ - _____ ईमेल एड्रेस: _____

प्रमाणपत्र जानकारी*:

मैं इसका अनुरोध कर रहा हूँ (कोई एक चुनें)*:

जन्म प्रमाणपत्र

जन्म तिथि*: ____/____/____

जन्म का टाउन* _____

क्या यह जन्म प्रमाणपत्र किसी विदेश-में-जन्म-लिये बच्चे का है?

____ हाँ _____ नहीं

मृत्यु प्रमाणपत्र

मृत्यु की तिथि*: ____/____/____

मृत्यु का टाउन* _____

प्रमाणपत्र पर नाम: प्रथम*: _____ मध्य: _____ अंतिम*: _____ प्रत्यय: _____

सेक्स*: _____ पुरुष _____ महिला _____ X (नॉन-बाइनेरी)

मां/पैरेंट का नाम: प्रथम: _____ मध्य: _____ अंतिम: _____ प्रत्यय: _____

पिता/पैरेंट का नाम: प्रथम: _____ मध्य: _____ अंतिम: _____ प्रत्यय: _____

प्रमाणपत्र पर नाम लिखे हुए व्यक्ति के साथ आपका संबंध (कोई एक चुनें)*:

स्वयं (केवल BC)

जीवनसाथी

बच्चा

पैरेंट

सिबलिंग

ग्रैंडचाइल्ड

ग्रैंडपैरेंट

विधिक संरक्षक

कोर्ट द्वारा नियुक्त एकजीक्यूटर या एडमिनिस्ट्रेटर

द्वारा प्राधिकृत पिटीशनर का कर्मचारी

कानूनी प्रतिनिधि (ऊपर में से किसी एक के लिए)

कोर्ट आदेश द्वारा प्राधिकृत

18 V.S.A. § 5016(b)(2)(B) के अनुरूप।

कोर्ट आदेश की एक प्रमाणित प्रति प्रदान करना अनिवार्य है।

फोटो कॉपीज स्वीकार नहीं की जाएंगी।

फाइनल डिसपोजिशन हेतु प्राधिकार (केवल DC)

सोशल सिक्योरिटी एडमिनिस्ट्रेशन (केवल DC)

यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ वेटरेन्स अफेयर्स (केवल DC)

मृतक का इंश्योरेंस कैरियर (केवल DC)

मृतक व्यक्ति की संपत्ति हेतु किसी वरमॉन्ट पब्लिक एजेंसी

18 V.S.A. § 5016(a)(6) के अनुरूप।

आवेदन पेज 2 पर जारी है।

ऑर्डर का विवरण*:

अनुरोध की गई प्रतियों की कुल संख्या: _____ x \$10.00 हर एक = ऑर्डर टोटल: \$ _____
चेक या मनी ऑर्डर्स (यूएस फंड्स) इसके पक्ष में देय बनवायें - Vermont Department of Health.

आवेदक की पहचान वाले दस्तावेज*

वरमॉन्ट कानून के अनुसार आपके आवेदन के साथ आपकी मान्य आईडी की एक प्रति सबमिट करना अनिवार्य है। नीचे दिये गये दस्तावेजों में से किसी एक दस्तावेज की प्रति सबमिट करें। आप जो चयनित आईडी दे रहे हैं, उसकी आईडी नंबर और एक्सपायरी तिथि भरें।

दस्तावेज #: _____ एक्सपायरी तिथि: _____ / _____ / _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> यू.एस. द्वारा जारी किया गया ड्राइवर्स लाइसेंस या आईडी कार्ड | <input type="checkbox"/> यू.एस. रेजिडेंट एलियन कार्ड या यू.एस. ग्रीन कार्ड या यू.एस. परमानेंट रेजिडेंट कार्ड (फॉर्म I-551) |
| <input type="checkbox"/> यू.एस. टैरीटरीज ड्राइवर्स लाइसेंस या आईडी कार्ड | <input type="checkbox"/> यू.एस. एम्प्लॉयमेंट ऑथोराइजेशन दस्तावेज या कार्ड (फॉर्म I-765) |
| <input type="checkbox"/> ट्राइबल आईडी कार्ड जिसमें आपके हस्ताक्षर हों | <input type="checkbox"/> वरमॉन्ट राज्य का वैध कर्मचारी आईडी |
| <input type="checkbox"/> यू.एस. मिलिट्री आईडी कार्ड जिसमें आपके हस्ताक्षर हों | <input type="checkbox"/> "होमलेस स्टेटस का एफिडेविट" फॉर्म ** |
| <input type="checkbox"/> पासपोर्ट: यू.एस. किसी दूसरे देश द्वारा जारी किया हुआ | <input type="checkbox"/> वरमॉन्ट विभाग के डॉक्युमेंटेशन पहचान की पुष्टि करने वाले संशोधन ** |
| <input type="checkbox"/> वीजा: यू.एस. द्वारा जारी किया हुआ और एक पासपोर्ट के अंदर शामिल आपके हस्ताक्षर युक्त | |

** - डॉक्युमेंट नंबर या एक्सपायरी तिथि की जरूरत नहीं है

यदि आपके पास उपरोक्त में से कोई भी दस्तावेज नहीं हैं, तो आप नीचे दी गई सूची से कम से कम दो दस्तावेजों की प्रतियां जरूरत सबमिट करें।
ये दोनों दस्तावेज एकसाथ मिलकर आपका वर्तमान पता तथा आपके हस्ताक्षर अवश्य दर्शाते हैं।
केवल नीचे दिये गये दस्तावेज ही वैकल्पिक आईडी के रूप में स्वीकार्य हैं।

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> कर्मचारी फोटो आईडी कार्ड के साथ एक पे स्टब या यू.एस. इंटरनल रेवेन्यू W-2 फॉर्म | <input type="checkbox"/> वोटर रजिस्ट्रेशन कार्ड |
| <input type="checkbox"/> वर्तमान पता, स्कूल, यूनिवर्सिटी या कॉलेज फोटो आईडी के साथ रिपोर्ट कार्ड या वर्तमान एनरोलमेंट के अन्य प्रमाण | <input type="checkbox"/> फाइल किया गया फेडरल टैक्स फॉर्म जिसमें आपके तथा हस्ताक्षर |
| <input type="checkbox"/> फेडरल या स्टेट संशोधन या जेल द्वारा जारी की गई आईडी | <input type="checkbox"/> बैंक स्टेटमेंट, संपत्ति या यूटिलिटी बिल के साथ वर्तमान पता |
| <input type="checkbox"/> सोशल सिक्योरिटी या मेडिकेयर कार्ड के साथ आपका हस्ताक्षर | <input type="checkbox"/> यू.एस. या स्टेट कार्ड डॉक्युमेंट्स के साथ वर्तमान पता |
| <input type="checkbox"/> पायलट लाइसेंस | <input type="checkbox"/> लाइसेंसधारी स्वास्थ्य-सेवा प्रदाता की रसीद, इसके साथ नाम तथा वर्तमान पता |
| <input type="checkbox"/> वर्तमान पते के साथ कार्ड रजिस्ट्रेशन या टाइल | <input type="checkbox"/> नाम एवं वर्तमान पते के साथ फर्स्ट क्लास मेल |
| <input type="checkbox"/> यू.एस. सेलेक्टिव सर्विस कार्ड | |

वेरीफिकेशन*:

कोई भी व्यक्ति जो जानबूझकर इस आवेदन में किसी महत्वपूर्ण तथ्य से संबंधित कोई गलत अभिकथन, मिसरिप्रजेंटेशन या सर्टिफिकेशन देता है, वह अधिकतम \$10,000 अर्थदंड या अधिकतम छह महीने के कारावास से दंडित होगा। 18 V.S.A. § 131(c).

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस फॉर्म में प्रदान की गई सूचना सत्य है और मैं प्रमाणित प्रति प्राप्त करने के लिए पात्र हूँ।

हस्ताक्षर*: _____ हस्ताक्षर करने की तिथि*: _____ / _____ / _____

प्रिंट नाम*: _____

इस पूरे भरे फॉर्म, पहचान पत्र की प्रति, चेक या मनी ऑर्डर, तथा एक सेल्फ एड्रेसड लिफाफा Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402 पर भेजें।