

Solicitud de copia certificada de acta de nacimiento o defunción de Vermont

Los elementos con asterisco (*) son información *OBLIGATORIA*.

Información del solicitante*:

Su nombre: Nombre*: _____ Segundo nombre: _____ Apellido*: _____ Sufijo: _____

Razón social: _____

Dirección postal*: _____ Ciudad*: _____

Estado*: _____ Código postal*: _____ Fecha de nacimiento*: ____ / ____ / ____

Número de teléfono*: (_____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Información del acta*:

Solicito un (seleccione uno)*:

Acta de nacimiento

Fecha de nacimiento*: ____ / ____ / ____

Ciudad de nacimiento* _____

¿Es un acta de nacimiento para un niño nacido en el extranjero?

____ Sí _____ No

Acta de defunción

Fecha del fallecimiento*: ____ / ____ / ____

Ciudad del fallecimiento* _____

Nombre en el acta: Nombre*: _____ Segundo nombre: _____ Apellido*: _____ Sufijo: _____

Género*: _____ Masculino _____ Femenino _____ X (No binario)

Nombre de la madre/padres: Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Nombre del padre/padres: Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Su parentesco con la persona nombrada en el acta (elija uno)*:

Usted (solo para acta de nacimiento)

Cónyuge

Hijo/a

Padres

Hermanos

Nieto/a

Abuelo/a

Tutor legal

Albacea o administrador designado por el tribunal

Solicitante de la herencia del difunto

(solo para acta de defunción)

Representante legal (de uno de los anteriores)

Autorizado por orden judicial

De conformidad con el Título 18 de los Estatutos Anotados de Vermont (18 V.S.A.) Capítulo 5016(b)(2)(B).

Debe proporcionar una copia certificada de la orden judicial.

No se aceptarán fotocopias.

Autoridad para disposición final (solo para acta de defunción)

Administración del seguro social (solo para acta de defunción)

Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. (solo para acta de defunción)

Compañía de seguros del difunto (solo para acta de defunción)

Empleado de un organismo público de Vermont con autorización

de conformidad con 18 V.S.A. Capítulo 5016(a)(6).

La solicitud continúa en la página 2.

Detalles de la orden*:

Cantidad total de copias solicitadas: _____ x \$10.00 cada una = Total de la orden: \$ _____
 Haga los cheques o giros postales (en moneda de EE. UU.) a nombre de **Vermont Department of Health** (Departamento de Salud de Vermont).

Documento(s) de identificación del solicitante*

De acuerdo con el Estatuto de Vermont, se DEBE enviar una copia de su identificación válida con la solicitud. Envíe una copia de uno de los documentos enumerados a continuación. Complete el número y la fecha de vencimiento de la identificación seleccionada que está proporcionando.

N.º de documento: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida en EE. UU. | <input type="checkbox"/> Tarjeta de residente extranjero de EE. UU. o permiso de residencia de EE. UU. o |
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir o tarjeta de identificación de los territorios de EE. UU. | <input type="checkbox"/> Tarjeta de residente permanente de EE. UU. (Formulario I-551) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación tribal que contiene su firma | <input type="checkbox"/> Documento o tarjeta de autorización de empleo de EE. UU. (Formulario I-765) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación militar de EE. UU. con su firma | <input type="checkbox"/> Formulario "Declaración jurada de estado de persona sin hogar" ** |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte: emitido en EE. UU. o en el extranjero | <input type="checkbox"/> Vermont: emitida en EE. UU. e incluida en un pasaporte |
| <input type="checkbox"/> VISA de identificación de empleado válida del estado de que contenga su firma | <input type="checkbox"/> Documentación del Departamento de Correcciones de Vermont que corrobore la identidad** |

** - No requiere número de documento ni fecha de vencimiento

Si no tiene una de las identificaciones anteriores, debe enviar copias de dos documentos de la lista a continuación.

Estos dos documentos juntos deben incluir su dirección actual y su firma.

Solo los documentos enumerados a continuación son formas aceptables de identificación alternativa.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con foto del empleado con un talón de nómina o Formulario W-2 de Impuestos Internos de EE. UU. | <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante |
| <input type="checkbox"/> presentado con la dirección actual Identificación con foto de la escuela, universidad o facultad | <input type="checkbox"/> Formulario de impuestos federales y firma |
| <input type="checkbox"/> Boleta de calificaciones u otra evidencia de inscripción vigente actual | <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria, factura de propiedad o servicios públicos con la dirección Identificación emitida por correccionales o prisiones federales o estatales |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social o Medicare con su actual firma | <input type="checkbox"/> Documentos de la corte estatal o de EE. UU. con la dirección |
| <input type="checkbox"/> Licencia de piloto | <input type="checkbox"/> Un recibo de un proveedor de atención médica con licencia con su nombre y dirección actual |
| <input type="checkbox"/> Registro o título de vehículo con dirección actual | <input type="checkbox"/> Correo de primera clase con nombre y dirección actual |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Servicio Selectivo de EE. UU. | |

Verificación*:

Cualquier persona que deliberadamente haga una declaración o certificación falsa o engañosa en cuanto a cualquier hecho material en esta solicitud se hará acreedora a una multa de hasta \$10,000 o será encarcelada por un máximo de seis meses, o ambas cosas. 18 V.S.A. Capítulo 131(c).

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que soy elegible para recibir una copia certificada.

Firma*: _____ Fecha en que se firmó*: ____/____/____

Nombre en letra de molde*: _____

Envíe por correo este formulario completo, la copia de la identificación, el cheque o giro postal y un sobre con la dirección del remitente a Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402.