



Departamento de Salud Pública del Condado de Madera
SOLICITUD DE COPIA(S) CERTIFICADA(S) DE ACTA(S) DE DEFUNCION

PUBLIC HEALTH

SARA BOSSE
Public Health Director

SIMON PAUL, MD
Health Officer

INSTRUCCIONES:

1. Si usted está solicitando una **COPIA CERTIFICADA**, complete la forma entera. Si usted está solicitando una **COPIA INFORMACIONAL certificada**, solo complete la información del solicitante y la información del certificado del/la Fallecido(a) en este documento (página 2.)
2. Si usted está tramitando la orden en persona, usted debe firmar una declaración juramentada en la presencia del personal Administrativo del Condado. Si usted enviara su petición por correo, por favor complete la declaración adjunta y fírmela en presencia de un Notario Público. **TOME NOTA POR FAVOR:** Solo una declaración juramentada notariada es requerida para múltiples certificados solicitados al mismo tiempo. Sin embargo, la Declaración Juramentada (página 3) debe incluir el nombre de cada individuo cuyo certificado de nacimiento usted desea obtener y su relación con dicho individuo.
3. Un director de una funeraria que ordena copias en representación de un individuo especificado en los párrafos (1) al (5) incluyente de la subdivisión (a) de la sección 7100 del Código de Salud y Seguridad, no es requerido que complete la declaración notariada.
4. Utilice una forma de solicitud separada para cada registro de defunción del cual usted está solicitando una copia certificada. Si lo solicita por correo, recuerde identificar cada certificado solicitado en la declaración juramentada.
5. Complete la sección de **INFORMACION DE SOLICITANTE** y proporcione su firma donde está indicado. Proporcione toda la información disponible para identificar el archivo del registrado en los espacios marcados bajo **INFORMACION DEL ACTA DE DEFUNCION**. Si la información que usted proporciona está incompleta o inexacta, pudiese ser imposible localizar el archivo.
6. Envíe \$24 por cada copia certificada solicitada adjunto con la aplicación completa. Si usted está enviando su petición por correo, indique el número de copias certificadas que desea e incluya el pago completo con su solicitud, en forma de un giro postal o cheque personal, pagadero a “**Madera County Public Health Department**”. Envíe esta solicitud y las cuotas a la siguiente dirección:

Madera County Health Department
Office of Vital Statistics
1604 Sunrise Ave.
Madera, CA 93638-5715
Office (559) 675-7893 Fax (559) 675-0478

NOTA: Órdenes recibidas por correo, deberán estas acompañadas por la declaración juramentada adjunta (vea la primera página para instrucciones).

El Código de Salud y Seguridad de California, sección 103526(c), permite solo personas autorizadas definidas en el párrafo abajo, a recibir copias certificadas de Registros o Actas de Nacimiento. Aquellas personas no autorizadas por la ley para recibir una copia certificada, podrán recibir una copia certificada marcada: "DOCUMENTO INFORMACIONAL, NO VALIDO PARA ESTABLECER IDENTIDAD". Favor de indicar si desea una Copia Certificada o una Copia Informativa Certificada.

Yo deseo una Copia Certificada del Registro identificado en la solicitud. (A fin de recibir una copia certificada, usted debe indicar su relación con la persona nombrada en la solicitud, seleccionando de la lista de abajo).

Yo deseo una Copia Informativa del Registro identificado en la solicitud. (No se requiere que seleccione de la lista de abajo)

Yo soy:

- Padre/Madre o Guardián/Tutor Legal del/la Fallecido(a).
- Una persona con derecho a recibir el registro como resultado de una orden de la corte, o un abogado, o una agencia de adopción con licencia, buscando el registro de nacimiento para cumplir con los requerimientos de la Sección 3140 o 7603 del Código Familiar.
- Un miembro de una agencia responsable de hacer cumplir la ley o de otra agencia gubernamental, como está dispuesta por la ley, para quien está conduciendo un asunto oficial.
- Un hijo(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a) o pareja domestica de el/la registrado(a).
- Un abogado representando al Registrado o propiedad del registrado, o alguna persona o agencia con poder estatutario o nombrado por una corte para actuar en nombre del Registrado o de la propiedad del Registrado.
- Director(a) de una Funeraria ordenando copias certificadas de una Acta de Defunción a nombre de un individuo especificado en párrafos (1) al (5) incluyente de la subdivisión (a) sección 7100 del Código de Salud y Seguridad.

First Name:

INFORMACION DEL SOLICITANTE (Favor de usar letra de molde o maquina)

Nombre de la persona que pide el documento	Firma	Fecha	Teléfono
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de la persona que recibe el documento (si es diferente)	Número de Copias solicitadas _____	\$24 cada una.	Cantidad a pagar \$ _____
Domicilio para enviar las copias (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACION DEL ACTA DE DEFUNCION (Favor de usar letra de molde o maquina)

Primer Nombre del/la Fallecido(a)	Segundo Nombre del/la Fallecido(a)	Apellido del/la Fallecido(a)
Nombre del/la Esposo(a)	Nombre de Soltera de la Madre del/la Fallecido(a)	Número de Seguro Social
Fecha de Fallecimiento	Ciudad del Fallecimiento	Condado del Fallecimiento
Fecha de Nacimiento	Sexo (Encierre uno): Masculino Femenino	

Last Name:

OFFICE USE ONLY

Receipt #	Log #
-----------	-------

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio de las leyes del Estado de California,
 (Nombre del/la Solicitante)
 que soy una persona autorizada, como lo define el Código de Salud y Seguridad de California sección 103526 (c), y soy elegible para recibir una copia certificada del acta de nacimiento, defunción o matrimonio de la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la Persona en el Acta	Relación del Solicitante con la persona en el Acta (Debe ser una relación en la lista de la página 2 de la solicitud)

(La información siguiente debe ser completada en presencia de un(a) Notario Publico o del Personal del Condado de Madera)

Suscrito(a) a este _____ día de _____, 20____, en _____,
 (Día-Day) (Mes-Month) (Ciudad-City) (Estado-State)

 (Firma del/la Solicitante- Applicant's Signature)

Nota: Si usted esta sometiendo su orden por correo debe enviar esta Declaración Juramentada notarizada utilizando el "Certificate of Acknowledgement" abajo. El "Certificate of Acknowledgment" debe ser completado por un Notario(a) Público. (Las agencias gubernamentales locales y estatales que aplican la ley estan exentas de la notarización .)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of _____)

County of _____)

On _____ before me, _____, personally appeared _____,
 (insert name and title of the officer)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct

WITNESS my hand and official seal.
 (SEAL)

 SIGNATURE OF NOTARY PUBLIC