SOLICITUD DE ACTA DE DEFUNCIÓN AL REGISTRO CIVIL DE ARIZONA

	Fecha:	Núm. de copias solicitadas.	☐ Defuncion ☐ Muerte fetal	Motivo de la solicitud:	Forma de pago

INFORMACIÓN DEL ACTA DE DEFUNCIÓN

Fecha de defunción	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	Nombre en la acta de defunción Primero Segundo Apellido(s)
Lugar de Defunción – Hospital (o) Residencia Ciudad Condado Estado		☐ Hospital ☐ Residencia ☐ Otro:_____
Nombre de Funeraria (o) Centro de Donación		
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Las copias se usarán para un reclamo al gobierno? ☐ Si ☐ No
Si responde Si, seleccione el tipo de reclamo: ☐ Seguro Social (SSA) ☐ Administración de Veteranos (VA)		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo del solicitante - letra de molde Primer Nombre Apellido(s)	**FIRMA DEL SOLICITANTE – OBLIGATORIO**
Domicilio (o) PO Box (Estados Unidos Solamente) Ciudad Estado Código Postal	
Numero de Teléfono (Estados Unidos Solamente)	Dirección de Correo Electrónico
Su relación con la persona en el certificado – Seleccione su opción. * Se DEBE proporcionar una pruebe de relación (acta de nacimiento, acta de matrimonio) ☐Padre/Madre☐ Familiar ☐ Abuelo(a) ☐ Esposo(a)☐ Agencia de Gov ☐ Otro: ☐ Interés legal (beneficiario, póliza de seguro, representante personal, propiedad, etc.)	

ÁREA PARA NOTARIO

State of _____ County of _____ on this _____ day of _____, 20_____ before me personally appeared _____ (name of signer), whose identity was proven to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to this document, and who acknowledges that he/she signed the above document. Notary Signature _____ My Commission Expires_____	Affix Seal/Stamp Here

INFO

Solo Para Uso Oficial – State File Number/Serial Number		Order Number
Applicant's Name:	Staff Initials	Date Picked-Up/ Mailed

********SOLAMENTE LA PERSONA SOLICITANTE PODRA RECLAMAR EL ACTA********

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CLIENTE

EN PERSONA

- ☐ Identificación vigente emitida por el gobierno de los Estados Unidos que contenga su foto y firma.
- ☐ Firma del solicitante en la aplicación.
- ☐ Pago en efectivo ó money orden ($20.00 c/u certificado).
- ☐ Prueba de relación ó interés legal (acta de nacimiento, acta de matrimonio, ó documento reciente con el nombre del solicitante y la persona fallecida).

POR CORREO

- ☐ Copia de su identificación de Estados Unidos que contenga su foto y firma (o) su firma notarizada en la aplicación.
- ☐ Firma del solicitante en la aplicación.
- ☐ Prueba de relación ó interés legal (acta de nacimiento, acta de matrimonio, ó documento reciente con el nombre del solicitante y la persona fallecida).
- ☐ Pago exacto ($20.00) en forma de money orden solamente, pagable a Vital Records.
- ☐ Incluya un sobre con su dirección y estampilla

*Estadísticas Vitales no se hace responsable de certificados solicitados por correo, en caso de robo ó perdida.

FOR OFFICE USE ONLY

Death _____ ($20.00 ea)

Correction _____ ($30.00 ea)

Amount of Copies _____

Cash _____ OR MO _____

Total Paid _____

ID Verification _____ OR

Notarized Application _____

Mail _____ Pick Up _____

Mail verified by: _____/_____

Nota: Los certificados no reclamados en un periodo de 90 días serán destruidos por póliza del departamento de Estadísticas Vitales.

Special Instructions:

_____

_____

_____

YUMA COUNTY HEALTH SERVICES DISTRICT
OFFICE OF VITAL RECORDS
2200 W 28TH ST SUITE #256
YUMA, AZ 85364
Phone (928) 317-4530 FAX (928) 317-4678
Office Hours 8:00-4:00 M-F

Revised: 01/2018