# Yuma County Department of Public Health
# Solicitud para Acta de Defunción de ARIZONA

Revised 01/2020

| INFO | Para uso de la oficina- Número de expediente/Número de serie | Numero de orden |
|---|---|---|

**Aplicar en Persona: **Efectivo Solamente** Precio de Acta $20.00**
**Horarios: 8:00am-4:00pm (Solo ordenar) de Lunes-Viernes**
**4:00pm-5:00pm (Solo reclamar y informes)**
**Aplicar por Correo: Yuma County Public Health Services District**
**Office of Vital Records**
**2200 W 28th St Suite # 256**
**Yuma, AZ 85364**
**Phone (928) 317-4530**

**AVISO:**

****** La oficina de Estadísticas Vitales no se hace responsable de certificado(s) solicitados por correo, en caso de robo o pérdida.***

****** Certificado(s) sin reclamo en un periodo de 90 días serán destruidos por póliza del departamento de Estadísticas Vitales.***

**LISTA DEL CLIENTE PARA ENVIAR POR CORREO**

- ☐ Fotocopia de su identificación (frente y reverso) del gobierno de (EEUU) con foto y firma (o) su firma notarizada.
- ☐ Comprobante de parentesco incluido (acta de nacimiento, documentos certificados por la corte, etc.)
- ☐ Firmar aplicación- Por favor de NO OLVIDAR!
- ☐ Incluya suma correcta solo giro postal pagable a Vital Records y un sobre pre-pagado con su dirección
- ☐ NO mandar efectivo, cheque personal (o) tarjeta de crédito
- ☐ Visite www.yumacountyaz.gov para obtener la solicitud, tarifas y servicios disponibles.

*******SOLAMENTE LA PERSONA SOLICITANTE PODRA RECLAMAR LA(S) ACTA(S)*******

**PARA USO DE LA OFICINA**

Death ___ ($20) SSA___VA___
Fetal ____ ($20) Amendment ____ ($30)
Type of ID _____
Notarized _____ Mail____Pick up _____
Mail Verified By _____/_____

| Applicant: | Initials: | Date: |
|---|---|---|
| | | |

Notes:_____
_____
_____
_____
_____
_____

Date/Paid Stamp

**PAGO**

| Fécha de Hoy | Propósito de la Solicitud | # de Copias | Efectivo/Giro Postal | Pago Total |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**INFORMACION EN LA ACTA**

Nombre en la Acta de Defunción
Primero Segundo Apellido(s)

| Fecha de Defuncíon | Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre | Nombre de Funeraria (o) Centro de Donación |
|---|---|---|
| | | |

Lugar de Defunción
☐ Hospital ☐ Residencia ☐ Otro Ciudad Condado Estado

| Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | La acta se usará para un reclamo al gobierno? ☐ Si ☐ No<br>Si responde si, seleccione el tipo de reclamo: ☐ (SSA) ☐ (VA) |
|---|---|---|
| | | |

**PERSONA SOLICITANDO ACTA**

| Nombre Complete del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido(s) | Firma del Solicitante (Obligatorio) |
|---|---|
| | |

Dirección Postal
Domicilio Aptó/Suite Ciudad Estado Código Postal

| Numero de Telefono/Celular | Correo Electronico |
|---|---|
| | |

Parentesco con la Persona en la Acta- Marque una Opción. *Se **DEBE** proporcionar una **PRUEBA** de parentesco (como acta de nacimiento/matrimonio, etc.)
☐ **Padre/Madre** ☐ **Pariente** ☐ **Abuelo(a)** ☐ **Esposo(a)** ☐ **Agencia Gubernamental** ☐ **Interés Legal** (Beneficiario, póliza de seguro, representante personal, propiedad etc.)**** Tendra que proporcionar documentacion que sostenga dicha elegibilidad**** ☐ **Otro**

**AREA NOTARIAL**

**Solo aplica si no existe una identificación emitida por el gobierno de EEUU**
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 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