PAID/DATE STAMP

Yuma County Department of Public Health
Solicitud para Acta de Nacimiento de Arizona

Atencion solicitantes: Todos los campos marcados con un asterisco (*) al lado del encabezado del campo son obligatorios y deben completarse.

TIPO	Para uso de la oficina-Num. Expediente Estatal	Numero(s) de papel de seguridad	Numero de Orden

Por Correo: Yuma County Public Health Services District
Office of Vital Records
2200 W 28th Street, Suite # 256
Yuma, AZ 85364
Phone (928) 317-4530
Horarios: Lunes-Viernes 8:00am-4:00pm (Solo Ordenar)
4:00pm-5:00pm (Solo reclamar e informes)
Precio de Acta $20.00, Express $10, Enmienda $30.00
La oficina de Estadisticas Vitales no se hace responsible de certificados(s) solicitados por correo, en caso de robo o perdida.
**** Certificado(s) sin reclamo en un period de 90 dias seran destruidos por poliza del departamento de Estadisticas Vitales del Condado de Yuma.***

LISTA DEL CLIENTE PARA ENVIAR POR CORREO

☐Fotocopia de su identificacion con foto y firma (frente/reverso) del govierno de (EEUU) O su firma certificada por notario publico.
☐Incluya evidencia de parentesco (acta de nacimiento, documentos certificados por la corte, etc.)
☐Firme la solicitud/Firma original requerida.
☐Incluya un sobre pre-pagado con su direccion.
☐Pago: Debito/Credito, Giro Postal, **NO ENVIE EFECTIVO.**
☐Se aplicara una tarifa de conveniencia a las transacciones de debito o credito.
☐Visite www.yumacountyaz.gov para obtener la solicitud, tarifas y servicios disponibles.

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

INFO DE LA TARJETA DE CREDITO

☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DISCOVER CARD

__ __ __ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __ Numero de tarjeta *

__ __ / __ __ Fecha de expiracion *

Pago Total (debito/credito): $

*Debe proporcionar una identificacion valida emitida por el gobierno si el titular de la tarjeta no es el solicitante.**

Nombre en letra de imprenta del titular de la tarjeta * _____ Firma del titular de la tarjeta * _____

☐ Debito (Tarifa fija $3.95 por transaccion)
☐ Credito (2.49% Por transaccion con un minimo de $2.00)
**Ejemplo (Cantidad: $1.00-$80.00=$2.00 tarifa)

INFORMACION EN LA ACTA

Fecha de Hoy:	Proposito de Solicitud *	# de Copias Solicitadas	Metodo de Pago	Cobro Total $

Nombre que aparece en el acta de nacimiento *

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Fecha de Nacimiento *	Sexo: * ☐ Hombre ☐ Mujer	Ciudad de Nacimiento	Condado	Estado	Hospital

Nombre complete de la madre antes del primer matrimonio en letra de imprenta *

Primer Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento | Estado(si es de EE.UU.) o pais de nacimiento

Nombre complete del padre en letra de imprenta*

Primer Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento | Estado(si es de EE.UU.) o pais de nacimiento

¿La persona en el certificado pertenece a alguna tribu de AZ? ☐ Si ☐ No

Si respondio "Si", especifique la tribu.

PERSONA SOLICITANTE

Nombre completo del solicitante en letra de imprenta *

Primer Nombre Segundo Apellido

Firma del Solicitante * | Fecha *

Direccion Postal / Calle *

Ciudad Estado Codigo Postal

Numero de telefono/celular * | Direccion de correo electronico *

Su parentesco con la persona que figura en el acta (marcar una opcion) *SE DEBE proporcionar CONSTANCIA de parentesco o documentacion que avale elegibilidad.

☐ Padres ☐ Propio ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tutor Legal ☐ Esposo(a) ☐ Agencia gubernamental ☐ Otro: _____

☐ Propio, tengo al menos 16 años y no tengo una direccion residencial. Estoy bajo la custodia del Departamento de Seguridad Infantil (DCS) [Arizona Revised Statute 36-324(F)]

AREA NOTARIAL

Solo es pertinente sin una identificacion emitida por el gobierno con fotografia

Estado de _____ Condado de _____ En este _____ dia de _____, 20 _____ comparecio ante mi de manera personal _____ (nombre del firmante), cuya identidad, mediante evidencia satisfactoria, probo ser la persona cuyo nombre se subscribe en este documento y reconocio que el/ella firmo dicho document.

Firma del notario _____ Mi comision expira:_____

Sellar/estampillar aqui

PARA USO OFICIAL

Birth($20) _____ Expedited Fee($10) _____ Paternity($30) _____ Amendment($30) _____ Print Code($30) _____
Type of ID _____ Notarized _____ Mail _____ Pick up _____ Mail Verified by _____ / _____

Applicant's Name:	Staff Initials:	Date:
Signature of Applicant Receiving copy of Affidavit form:		Date:

Revised: 03/2023

Solo Para Ejemplo