



**Yuma County Department of Public Health
Solicitud para Acta de Defuncion de Arizona**

PAID/DATE STAMP

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 oh Enmienda \$30.00		<p align="center"><u>LISTA DEL CLIENTE PARA ENVIAR POR CORREO</u></p> <input type="checkbox"/> Fotocopia de su identificacion con foto y firma (frente/reverso) del gobierno de (EEUU) O su firma certificada por notario publico. <input type="checkbox"/> Incluya evidencia de parentesco (acta de nacimiento, documentos certificados por la corte, etc.) <input type="checkbox"/> Firme la solicitud/Firma original requerida. <input type="checkbox"/> Incluya un sobre pre-pagado con su direccion. <input type="checkbox"/> Pago: Debito/Credito, Giro Postal, NO ENVIE EFECTIVO. <input type="checkbox"/> Se aplicara una tarifa de conveniencia a las transacciones de debito o credito. <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS <input type="checkbox"/> 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 *		<input type="checkbox"/> Debito (Tarifa fija \$3.95 por transaccion) <input type="checkbox"/> 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 defuncion *		
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)
	Fecha de Defuncion *	Sexo: * <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nombre de Funeraria (o) Centro de Donacion
	Lugar de fallecimiento		
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Otro	Ciudad	Condado Estado
	Fecha de Nacimiento *	Numero De Seguro Social	¿El acta se usara para un reclamo al gobierno de EE. UU.? * <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si responde si, seleccione el tipo de reclamo: <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> VA
PERSONA SOLICITANTE	Nombre completo del solicitante en letra de imprenta *		Firma del Solicitante *
	Primer Nombre	Segundo Apellido	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. <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Agencia Gubernamental <input type="checkbox"/> Otro: _____		
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 suscribe en este documento y reconocio que el/ella firmo dicho document. Firma del notario _____ Mi comision expira: _____		Sellar/estampillar aqui
PARA USO OFICIAL	Death (\$20) _____ SSA _____ VA _____ Fetal (\$20) _____ Amendment (\$30) _____ Mail _____ Pick up _____ Type of ID _____ Notarized _____ Mail Verified by _____ / _____		
	Applicant's Name:	Staff Initials:	Date:
	Notas:		