



CONDADO DE KINGS

330 Campus Dr.
Hanford, CA 93230
(559) 852-2604

APLICACION PARA OBTENER UNA COPIA CERTIFICADA DE DEFUNCION

INFORMACION DEL DIFUNTO

\$21.00 por copia

Copias requeridas _____

Nombre del Difunto: _____
PRIMER SEGUNDO APELLIDO(S)

Fecha de Defuncion: _____

Lugar de Defuncion: _____

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____
PRIMER SEGUNDO APELLIDO(S)

Domicilio: _____
NUMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO

Domicilio de envio: _____
NUMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO

Numero de Telefono: () _____

Para obtener una copia certificada usted tiene que ser alguna persona autorizada dentro de la Codiga de Salud y Seguridad de California, Seccion 103526 Marque una:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Padre/Madre u Guardian Legal del Registrado
<small>103526(c)(1)</small> | <input type="checkbox"/> 2. Orden Judicial
<small>103526(c)(2)</small> |
| <input type="checkbox"/> 3. Miembro de la Agencia Policiaca o otra Agencia de Gobierno autorizada por Ley
<small>103526(c)(3)</small> | <input type="checkbox"/> 4. Niño(a), Abuelo(a), Hermano(a) Esposo(a) o Compañero Domestico del Registrado
<small>103526(c)(4)</small> |
| <input type="checkbox"/> 5. Un Abogado representando el Registrado
<small>103526(c)(5)</small> | <input type="checkbox"/> 6. Director de Funeraria
<small>103526(c)(6)</small> |
| <input type="checkbox"/> 6. Pariente mas cercano, Poder legal/Albacea de los bienes del titular <small>HSC 7100 (6) (7) (8)</small> | |

SI USTED SOMETE SU ORDEN EN PERSONA, USTED DEBE DE LLENAR ESTA PARTE EN LA PRESENCIA DEL PERSONAL DE ARCHIVOS VITALES. SI USTED SOMETE ESTA OREDEN POR CORREO DEBE LLENAR ESTA PARTE EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PUBLICO Y MANDARLA AL SIGUIENTE DOMICILIO JUNTO CON LA PAGINA DE ENSEGUIDA:

Kings County Department of Public Health, Vital Statistics,
330 Campus Drive, Hanford, CA 93230

IMPORTANTE: NO SE PUEDE PROCESAR ESTA FORMA SI ESTA SECCION NO ESTA COMPLETA CORRECTAMENTE

Yo, _____ declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de el Estado De California, que soy una persona autorizada de acuerdo al Codigo de Salud y Seguridad de California, Seccion 103526 (c) a obtener una copia certificada de nacimiento de la persona indicada. Declaro este dia _____ de _____, _____, en

LUGAR

Firma: _____

OFFICE USE ONLY:

Paper # _____ Receipt # _____ Clerk _____ Date _____

Cash \$1 _____ \$5 _____ Check # _____ MO# _____ Pick up _____ Mail _____

\$10 _____ \$20 _____

\$50 _____ \$100 _____ Credit Card

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT

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 the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of _____
County of _____

On _____ before me, _____, personally appeared _____ 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

Signature of Notary Public

WITNESS my hand and official seal.
(SEAL)