

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy . <i>(Quiero una copia certificada.)</i>		Preferred format (if available): <i>(Prefiero:)</i>			
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal . <i>(Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)</i>		<input type="checkbox"/> Computer-Generated copy of original. <i>(Copia del Original-Generado por Computadora)</i>			
<input type="checkbox"/> I would like a Certification . <i>(Quiero una certificación.)</i>		<input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. <i>(Imagen Digital/Fotocopia del Original)</i>			
Name of Applicant <i>(Nombre de Apicante)</i>		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) <i>[Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]</i>			
Current Mailing Address (Must Match address on ID) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i>		Reasons for Request: <i>(Motivo de solicitud)</i> <input type="checkbox"/> Passport <i>(Pasaporte)</i> <input type="checkbox"/> Driver's License <i>(Licencia de Conducir)</i> <input type="checkbox"/> School/Sports <i>(Escuela/Deportes)</i> <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits <i>(Beneficios veteranos)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Card <i>(Tarjeta Seguro Social)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Disability <i>(SSI / Incapacidad)</i> <input type="checkbox"/> Other SS Benefits <i>(Otros beneficios de seguro social)</i> <input type="checkbox"/> Medicare <i>(Medicare)</i> <input type="checkbox"/> Welfare <i>(Asistencia Pública)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> _____			
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>			Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	Daytime Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i>
Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i>				Date of Application <i>(Fecha)</i>	

<input type="checkbox"/> BIRTH <i>(NACIMIENTO)</i>	Full Name of Child at Time of Birth <i>(Nombre Completo al Nacer)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Place of Birth (City, Town) <i>[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	Exact Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>
	Full Name of Child's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		
	Full Name of Child's Parent B (if on record) <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: <i>(Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):</i>		
<input type="checkbox"/> MARRIAGE <i>(MATRIMONIO)</i>	Full Name of Spouse A/Partner A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	<input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i>	Full Name of Spouse B/Partner B <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>	
		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>	
<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</i>	Place of Event (City, Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased Individual <i>(Nombre del Fallecido)</i>		
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>
	Full Name of Deceased Individual's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[(Nombre completo de Padre/Madre A) (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		Full Name of Deceased Individual's Parent B <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[(Nombre completo de Padre/Madre B) (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>

Application Check List: Have you enclosed and completed all required information?

(Lista Comprobada: ¿A Usted Incluido y Completado Toda la Información Requerida en la Aplicación?)

- All Items on Application *(Todo Artículos en la Aplicación)*
 Payment *(Pago)*
 Acceptable Forms of ID *(Identificación Aceptable)*
 Proof of Relationship *(Prueba de Parentesco)*
 Mailing Address Matches ID *(Dirección Postal Coincidente con ID)*

FOR STATE USE ONLY

Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By
--	-----------------------	------------	--------------