



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Agencia de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Estadísticas Vitales
2751 Napa Valley Corporate Dr., Bldg. B, Napa, CA 94558

Tel: (707) 253-4506
Fax: (707) 226-6442
Horario: lunes-viernes 8:30-11:30am & 1:00-4:00pm



NAPA COUNTY
Health & Human
Services Agency

Instrucciones para llenar la solicitud de copia certificada del acta de Defunción.

Nota: Los certificados de defunción cuestan \$24.00 por copia certificada. Al hacer el pedido por correo, envíe la solicitud original, la declaración jurada firmada por un notario y el pago apropiados (\$24.00) en forma de cheque personal o giro postal (giro postal se requiere si esta fuera de California) a nombre de: Napa County

Envíe la solicitud completa:
Office of Vital Statistics
2751 Napa Valley Corporate Drive, Bldg. B
Napa, CA 94558

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE
Escriba el nombre y apellido de la persona que está completa la solicitud.
Escriba la dirección actual y el número de teléfono.
Escriba la dirección postal si es diferente de la dirección anterior.

INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:
Especifique la cantidad de certificados solicitados. Incluya un pago de \$ 24 por certificado.
Escriba el primer, segundo y último nombre del difunto.
Escriba la fecha de nacimiento, fecha de fallecimiento y ciudad de fallecimiento del difunto.

Seleccione solo UNA las categorías que lo autoriza a solicitar este certificado.

* La declaración jurada: este documento debe ser completado en la presencia de un notario público.

Como cortesía estamos incluyendo instrucciones en español para la declaración jurada. Pero solo se aceptará la declaración en Ingles.

***La forma en español es solo para su información. Use la forma en Inglés cuando mande su aplicación. Gracias

Esta declaración jurada debe ser firmada delante y reconocida por un notario público antes de la presentación. Tenga en cuenta: al enviar múltiples solicitudes de certificados, todas deben estar firmadas; sin embargo, solo se debe acusar recibo de una solicitud.

Declaración Jurada

Yo, _____, juro bajo pena de perjurio bajo las leyes

del Estado de California, que soy una persona autorizada, como se define en la Sección 103526 (c) del Código de Salud y Seguridad de California, y soy elegible para recibir una copia certificada del registro de nacimiento, defunción o matrimonio como se indica en la página anterior - y para el siguiente

Nombre de persona en el certificado	Relación con la persona indicada en el certificado:

Jurado este ____ día del _____, _____, en _____, _____.
(fecha) (mes) (año) (Ciudad) (Estado)

(Firma)

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica solo la identidad de la persona que firmó el documento, a la que se adjunta este certificado y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

Estado de _____,
Condado de _____,

En _____, antes de mi, _____, apareció personalmente _____, quien me demostró con base en pruebas satisfactorias que es la persona (s) cuyo (s) nombre (s) está (n) suscrito (s) al instrumento dentro del instrumento y me reconoció que ejecutó el mismo en su / su autor capacidad (es), y que por su (s) firma (s) en el instrumento la (s) persona (s), o la entidad en representación de la cual la (s) persona (s) actuó (n), ejecutaron el instrumento. Certifico bajo PENALIDAD DE PERJURIO bajo las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

WITNESS my hand and official seal.

(NOTARY SEAL)

NOTARY SIGNATURE

This sworn statement must be signed in front of and acknowledged by a notary public prior to submission. Please Note: When submitting multiple certificate requests, all must be signed; however, only one request needs to be acknowledged.

SWORN STATEMENT

I, _____, swear under penalty of perjury under the laws

(Print Name)

of the State of California, that I am an authorized person, as defined in California Health and Safety Code Section 103526 (c), and am eligible to receive a certified copy of the birth, death or marriage record as noted on the preceding page – and for the following individual(s):

Name of Person Listed on Certificate:	Relationship to Person Listed on Certificate:

Sworn this ____ day of _____, _____, at _____, _____.
(Day) (Month) (Year) (City) (State)

(Signature)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT

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 not 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.

WITNESS my hand and official seal.

(NOTARY SEAL)

NOTARY SIGNATURE



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Agencia de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Estadísticas Vitales

2751 Napa Valley Corporate Dr., Bldg. B, Napa CA 94558

Tel: (707) 253-4506

Fax: (707) 226-6442

Horario: lunes-viernes 8:30-11:30am & 1:00-4:00pm



NAPA COUNTY
Health & Human
Services Agency

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCION

Cheque/Giro Postal por \$24.00 a nombre de: County of Napa; Tarjetas de Crédito/Debito tendrán un cargo adicional de \$2.50. No se acepta efectivo.

INFORMACION DEL SOLICITANTE (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Primer nombre y apellido:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Dirección de envió (si es diferente al de arriba):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

INFORMACION DEL DIFUNTO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

PARA LOS VETERANOS VEA EL REVERSO

Cantidad de Copias Certificadas Originales Solicitadas:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de defunción:

Ciudad de defunción:

POR FAVOR MARQUE LO QUE APLIQUE

De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad 103526c, las siguientes personas tienen derecho a una copia certificada AUTORIZADA de un registro de defunción.

El registrado, o padres, o tutor legal del registrado

Hijo(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a), cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del registrado

Un miembro de una agencia del orden de la ley o un representante de otra agencia gubernamental, según lo dispuesto por la ley, que estén llevando a cabo un negocio oficial.

Un abogado que represente al registrante o el patrimonio del registrante, o cualquier persona u agencia autorizada por ley o designada por un tribunal para actuar en nombre del registrante o por el patrimonio del registrante.

Cualquier director funeral que ordene copias certificadas de un certificado de defunción en nombre de cualquier persona especificada en los párrafos (1) a (5), incluyendo la subdivisión (a) de la Sección 7100 del Código de Salud y Seguridad.

FIRMAS

Yo (nombre de solicitante con letra de molde) _____ juro (o afirmo) bajo pena de perjurio que soy una persona autorizada, según lo definido en la Sección 103525 (c) del Código de Salud y Seguridad de California y soy elegible para recibir una copia certificada AUTORIZADA del registro de defunción identificado en este formulario de solicitud.

Jurado este (fecha) _____ Día de (mes) _____, (año) _____ en (ciudad) _____.

Firma _____.

OFFICE USE ONLY

Images printed:

Check/MO:

CC:

Dollar Amount:

Certificate #:

Banknote Paper:

Deputy:

AVISO ESPECIAL PARA LOS VETERANOS

Usted puede ser elegible para recibir una copia certificada gratuita si está solicitando una pensión de veterano o ciertos otros beneficios de la Administración de Veteranos. (Sección 6107, Código de Gobierno del Estado de California)

ESTO NO APLICA AL SEGURO SOCIAL Y OTROS BENEFICIOS CIVILES, AUNQUE USTED SEA UN VETERANO.

Si usted considera que tiene derecho a una copia certificada gratuita de acuerdo con estas condiciones, complete la siguiente declaración jurada.

Por medio de este documento, solicito una copia certificada gratuita del documento indicado en el reverso y declaro, bajo pena de perjurio, que la copia gratuita se entregará a:

_____ en una reclamación de _____
AGENCIA FEDERAL O ESTATAL TIPO DE BENEFICIO

_____ FIRMA DEL VETERANO O REPRESENTANTE AUTORIZADO RELACIÓN DEL REPRESENTANTE _____ FECHA

_____ NÚMERO Y CALLE CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL

Aviso: La copia gratuita emitida en esta declaración jurada llevará la siguiente mención: Copia del Gobierno