



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

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCION

Cheque/Giro Postal por \$21.00 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 envío (si es diferente al de arriba):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

INFORMACION DEL DIFUNTO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

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: