

INSTRUCCIONES PARA OBTENER UN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

REQUISITO DE IDENTIFICACIÓN (DEBE TENER FIRMA ESCRITA EN LA IDENTIFICACIÓN)

UNA (1) FOTOCOPIA DE LA LISTA A CONTINUACIÓN:

LA IDENTIFICACIÓN NO PUEDE ESTAR CADUCADA POR MÁS DE 1 AÑO

- Licencia de Conducir
- Tarjeta de Identificación Estatal
- Identificación Militar
- Pasaporte

LA IDENTIFICACIÓN DEBE SER DE LA PERSONA QUE FIRMA LA SOLICITUD

CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN PUEDEN OBTENERSE POR:

- Padres
- Espos(a)
- Niños mayores de 18 años
- Abuelos
- Hermanos(as)
- Descendientes directos (el certificado no puede tener número de seguro social ni causa de muerte)
- Personas no familiares con fines legales (el certificado no puede incluir el número de seguro social ni la causa de fallecimiento)

DEBE PODER PROBAR LA RELACIÓN

TARIFA:

\$10.00 POR COPIA – Efectivo, giro postal o cheque de caja (a nombre del Vigo County Health Dept)

NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES NI TARJETAS DE CRÉDITO/DÉBITO

Horario de Aplicación:

De 8:15 am a 3:15 pm (de lunes a viernes, festivos cerrado).

Por correo: Solicitud, documento de identidad, sobre con su dirección y sello, y tarifa a:

Vigo County Health Department

Vital Statistics

171 Oak Street

Terre Haute, IN 47807

Si tiene preguntas, llame a Estadísticas Vitales al (812)-462-3442

APPLICATION FOR SEARCH AND CERTIFIED COPY OF DEATH RECORD

Vigo County Health Department

____ RECEIVED
____ COST
____ CHANGE
____ INITIALS
____ RECEIPT NUMBER

VOL _ ____
PAGE ____

COPIES

NO ESCRIBIR ENCIMA DE ESTA LÍNEA

AVISO: La solicitud falsa, la alteración, la mutilación o la falsificación de certificados de defunción de Indiana constituyen un DELITO PENAL según el Código de Indiana 16-1-19-6. De acuerdo con el Código de Indiana 16-37-1-8, se requiere la siguiente información para obtener una copia certificada de cualquier registro civil. Lea esta solicitud detenidamente y complete todos los campos. Se cobrará una tarifa de búsqueda o inspección.

¡LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE! DEBE HABER FALLECIDO EN EL CONDADO DE VIGO

Nombre de la Difunto(a): _____

FECHA DE MUERTE : _____

Lugar de la Muerte: _____

Ciudad

Condado

Indiana

SÓLO para fines genealógicos. Por favor, incluya:

Nombre de la Madre _____

Nombre del Padre _____

Su relación con la persona cuyo registro está solicitando _____

Su nombre (Imprimir) _____ Tu número de teléfono _____

Tu firma: _____

Dirección de envío _____