

BIRTH CERTIFICATE APPLICATION

MECKLENBURG COUNTY HEALTH DEPARTMENT
VITAL RECORDS
700 EAST STONEWALL STREET, SUITE 320
CHARLOTTE, NORTH CAROLINA 28202
(704) 336-2819

NUMBER OF COPIES NEEDED # _____ WALLET (\$7.50 OR 2 FOR \$10.00 (FOR SAME PERSON-PARENTAGE NOT LISTED))
_____ CERTIFIED (\$10.00 EACH, WITH RAISED SEALS)
_____ UNCERTIFIED (\$1.00 EACH, WITHOUT SEALS)

PLEASE PRINT:

FULL NAME: _____
(AS IT SHOULD APPEAR (FIRST) (MIDDLE) (LAST)
ON BIRTH CERTIFICATE)

DATE OF BIRTH: _____ RACE: _____ SEX: _____

PLACE OF BIRTH: _____ WAS THIS PERSON EVER ADOPTED? _____
(CITY) (STATE)

FATHER'S FULL NAME: _____
(FIRST) (MIDDLE) (LAST)

MOTHER'S MAIDEN NAME: _____
(FIRST) (MIDDLE) (LAST)

REASON CERTIFICATE NEEDED: _____

A. THE PERSON'S NAME ON THE CERTIFICATE IS MY: (CHECK ONE)

SELF _____ SPOUSE _____ BROTHER _____ SISTER _____ CHILD _____ PARENT _____ GRANDPARENT _____
GRANDCHILD _____ GREAT-GRANDPARENT _____ GREAT-GRANDCHILD _____ STEPPARENT _____ STEPCHILD _____

B. _____ I AM SEEKING INFORMATION FOR LEGAL DETERMINATION OF PERSONAL OR PROPERTY RIGHT; OR

C. _____ I AM AN AUTHORIZED AGENT, ATTORNEY, OR LEGAL REPRESENTATIVE OF A PERSON LISTED IN A OR B
ABOVE (DOCUMENTATION OF AUTHORITY MUST BE FURNISHED.)

REFER TO NC GENERAL STATUTE 130A-93 AND -99.

I HEREBY CERTIFY THAT ALL OF THE ABOVE INFORMATION IS TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. NOTE: IT IS A FELONY VIOLATION OF NORTH CAROLINA LAW (G.S. 130A-26) TO MAKE A FALSE STATEMENT ON THIS APPLICATION OR TO UNLAWFULLY OBTAIN A CERTIFIED COPY OF A BIRTH CERTIFICATE.

(REQUESTOR'S FULL NAME)

(REQUESTOR'S SIGNATURE)

STREET ADDRESS:

(DATE)

CITY STATE ZIP

PAYMENT WILL BE MADE BY: (CHECK ONE)

_____ CASH _____ CHECK _____ MONEY ORDER

TELEPHONE NUMBER: _____

_____ CREDIT CARD

NOTICE: A PROCESSING FEE OF \$25.00 WILL BE CHARGED FOR ALL RETURNED CHECKS IN ACCORDANCE WITH NORTH CAROLINA GENERAL STATUTE 25-3-506.

FOR OFFICE USE ONLY

TYPE ID: _____ EXP. DATE: _____ DOB: _____

RECEIVED BY: _____ COMPLETED BY: _____ # ISSUED: _____

SOLICITUD DE ACTA DE NACIMIENTO

DEPARTAMENTO DE SALUD DE MECKLENBURG COUNTY
OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
700 EAST STONEWALL STREET, SUITE 320
CHARLOTTE, NORTH CAROLINA 28202
(704) 336-2819

NÚMERO DE COPIAS REQUERIDAS # _____ TAMAÑO BILLETERA (7.50 POR UNO O DOS POR \$10.00-SIN PARENTESCO)
_____ CERTIFICADA (\$10.00 CADA UNA, CON SELLOS)
_____ SIN CERTIFICAR (\$1.00 CADA UNA, SIN SELLOS)

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA:

NOMBRE COMPLETO: _____
(COMO DEBE APARECER EN EL ACTA) (NOMBRE) (2º NOMBRE) (APELLIDO/S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RAZA: _____ SEXO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ ¿FUE ADOPTADO(A) ALGUNA VEZ? _____
(CIUDAD) (ESTADO)

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: _____
(NOMBRE) (2º NOMBRE) (APELLIDO)

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE: _____
(NOMBRE) (2º NOMBRE) (APELLIDO)

RAZÓN POR LA QUE SE NECESITA EL ACTA: _____

- A. EL NOMBRE DE LA PERSONA EN EL ACTA ES MI: (MARQUE UNO)
MISMO _____ ESPOSA _____ HERMANO _____ HERMANA _____ HIJO/A _____ PADRE/MADRE _____ ABUELO/A _____
NIETO/A _____ BISABUELO/A _____ BIZNIETO/A _____ PADRASTRO/MADRASTRA _____ HIJASTRO/A _____
- B. _____ ESTOY BUSCANDO INFORMACIÓN PARA UNA DETERMINACIÓN JUDICIAL SOBRE DERECHOS PERSONALES O RELACIONADOS CON MIS BIENES; O
- C. _____ SOY UN AGENTE AUTORIZADO, ABOGADO O REPRESENTANTE LEGAL DE UNA PERSONA MENCIONADA EN LOS INCISOS A O B (DEBE PRESENTARSE LA DOCUMENTACIÓN DE AUTORIZACIÓN.)

CONSULTE EL ESTATUTO GENERAL DE NC (NC GENERAL STATUTE) 130A-93 Y -99.

POR MEDIO DE LA PRESENTE, CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA CON ANTERIORIDAD ES VERDADERA CONFORME MI MEJOR SABER Y ENTENDER. Es un DELITO violatorio de la Ley de Carolina del Norte (G. S. 130A - 26) hacer una declaración falsa al solicitar una acta de nacimiento o conseguir una copia certificada de una acta de nacimiento en forma ilegal.

(NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE) (FIRMA DEL SOLICITANTE)

DIRECCIÓN FECHA DE HOY

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO _____ EL PAGO SE EFECTUARÁ EN: (MARQUE UNO)
_____ EFECTIVO _____ CHEQUE _____ GIRO POSTAL

NUMERO DE TELÉFONO: _____ _____ TARJETA DE CRÉDITO

NOTA: SE COBRARÁ UNA CUOTA ADMINISTRATIVA DE \$25.00 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS DE ACUERDO CON EL ESTATUTO GENERAL DE CAROLINA DEL NORTE (NORTH CAROLINA GENERAL STATUTE) 25-3-506.

PARA USO OFICIAL

TIPO DE ID: _____ FECHA DE EXPIRACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RECIBIDO POR: _____ COMPLETADO POR: _____ # EMITIDO: _____

DEATH CERTIFICATE APPLICATION

MECKLENBURG COUNTY HEALTH DEPARTMENT
VITAL RECORDS
700 EAST STONEWALL STREET, SUITE 320
CHARLOTTE, NORTH CAROLINA 28202
(704) 336-2819

NUMBER OF COPIES NEEDED # _____ CERTIFIED (\$10.00 EACH, WITH RAISED SEALS)
_____ UNCERTIFIED (\$1.00 EACH, WITHOUT SEALS)

Please Print:

FULL NAME AT DEATH: _____
(FIRST) (MIDDLE) (LAST)

DATE OF DEATH: _____
(MONTH) (DATE) (YEAR)

PLACE OF DEATH: _____
(CITY) (STATE)

RACE: _____ REASON CERTIFICATE NEEDED: _____

A. THE PERSON'S NAME ON THE CERTIFICATE IS MY: (CHECK ONE)

SPOUSE ___ BROTHER ___ SISTER ___ CHILD ___ PARENT ___ GRANDPARENT ___
GRANDCHILD ___ GREAT-GRANDPARENT ___ GREAT-GRANDCHILD ___ STEPPARENT ___ STEPCHILD ___

B. ___ I AM SEEKING INFORMATION FOR LEGAL DETERMINATION OF PERSONAL OR PROPERTY RIGHTS; OR

C. ___ I AM AN AUTHORIZED AGENT, ATTORNEY, OR LEGAL REPRESENTATIVE OF A PERSON LISTED IN A OR B ABOVE (DOCUMENTATION OF AUTHORITY MUST BE FURNISHED.)

REFER TO NC GENERAL STATUTE 130A-93 AND -99.

I HEREBY CERTIFY THAT ALL OF THE ABOVE INFORMATION IS TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. NOTE: IT IS A FELONY VIOLATION OF NORTH CAROLINA LAW (G.S. 130A-26) TO MAKE A FALSE STATEMENT ON THIS APPLICATION OR TO UNLAWFULLY OBTAIN A CERTIFIED COPY OF A DEATH CERTIFICATE.

(REQUESTOR'S FULL NAME)

(REQUESTOR'S SIGNATURE)

STREET ADDRESS:

(DATE)

CITY STATE ZIP

PAYMENT WILL BE BY: (CHECK ONE)

_____ CASH _____ CHECK _____ MONEY ORDER

TELEPHONE NUMBER: _____

_____ CREDIT CARD

A PROCESSING FEE OF \$25.00 WILL BE CHARGED FOR ALL RETURNED CHECKS IN ACCORDANCE WITH North Carolina General Statute 25-3-506.

FOR OFFICE USE ONLY

TYPE ID: _____ EXP. DATE: _____ DOB: _____

RECEIVED BY: _____ COMPLETED BY: _____ # ISSUED: _____

SOLICITUD DE ACTA DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO DE SALUD DE MECKLENBURG COUNTY
OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
700 EAST STONEWALL STREET, SUITE 320
CHARLOTTE, NORTH CAROLINA 28202
(704) 336-2819

NÚMERO DE COPIAS REQUERIDAS # _____ CERTIFICADA (\$10.00 CADA UNA, CON SELLOS)
_____ SIN CERTIFICAR (\$1.00 CADA UNA, SIN SELLOS)

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA:

NOMBRE COMPLETO AL FALLECER: _____
(NOMBRE) (2º NOMBRE) (APELLIDO)

FECHA DE FALLECIMIENTO: _____
(MES) (FECHA) (AÑO)

LUGAR DE FALLECIMIENTO: _____
(CIUDAD) (ESTADO)

RAZA: _____ RAZÓN POR LA QUE SE NECESITA EL ACTA: _____

A. EL NOMBRE DE LA PERSONA EN EL ACTA ES MI: (MARQUE UNO)

ESPOSA _____ HERMANO _____ HERMANA _____ HIJO/A _____ PADRE/MADRE _____ ABUELO/A _____
NIETO/A _____ BISABUELO/A _____ BIZNIETO/A _____ PADRASTRO/MADRASTRA _____ HIJASTRO/A _____

B. _____ ESTOY BUSCANDO INFORMACIÓN PARA UNA DETERMINACIÓN JUDICIAL DE DERECHOS PERSONALES O RELACIONADOS CON MIS BIENES; O

C. _____ SOY UN AGENTE AUTORIZADO, ABOGADO O REPRESENTANTE LEGAL DE UNA PERSONA MENCIONADA EN LOS INCISOS A O B (DEBE PRESENTARSE LA DOCUMENTACIÓN DE AUTORIZACIÓN.)

CONSULTE EL ESTATUTO GENERAL DE NC (NC GENERAL STATUTE) 130A-93 Y -99.

POR MEDIO DE LA PRESENTE, CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA CON ANTERIORIDAD ES VERDADERA CONFORME MI MEJOR SABER Y ENTENDER. Es un DELITO violatorio de la Ley de Carolina del Norte (G. S. 130A - 26) hacer una declaración falsa al solicitar una acta de defunción o conseguir una copia certificada de una acta de defunción en forma ilegal.

(NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE)

(FIRMA DEL SOLICITANTE)

(DIRECCIÓN)

(FECHA)

CIUDAD ESTADO CÓDIGO

EL PAGO SE EFECTUARÁ EN: (MARQUE UNO)

_____ EFECTIVO _____ CHEQUE _____ GIRO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

_____ TARJETA DE CRÉDITO

NOTA: SE COBRARÁ UNA CUOTA ADMINISTRATIVA DE \$25.00 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS DE ACUERDO CON EL ESTATUTO GENERAL DE CAROLINA DEL NORTE 25-3-506.

PARA USO OFICIAL

TIPO DE ID: _____ FECHA DE EXPIRACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RECIBIDO POR: _____ COMPLETADO POR: _____ # EMITIDO: _____