



DEPARTAMENTO DE SALUD DE MECKLENBURG COUNTY  
OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

**SOLICITUD PARA ACTA DE DEFUNCIÓN**

618 N. COLLEGE ST.  
CHARLOTTE, NC 28202  
TELEFONO (704) 336-2819 FAX (704) 336-7471

NÚMERO DE COPIAS REQUERIDAS: # \_\_\_\_\_ CERTIFICADAS (\$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 un acta de defunción o conseguir una copia certificada de una acta de defunción en forma ilegal.**

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE COMPLETO, LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
(SU FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN, LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_

EL PAGO SE EFECTUARÁ EN: (MARQUE UNO)  
\_\_\_\_\_ EFECTIVO \_\_\_\_\_ CHEQUE \_\_\_\_\_ GIRO POSTAL  
\_\_\_\_\_ 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.

**FOR OFFICE USE ONLY**

ID Presented: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_ Completed by: \_\_\_\_\_ # Issued: \_\_\_\_\_