

Solicitud de Copia Certificada de Acta de Defunción

DEFUNCIÓN

Departamento de Salud de Pensilvania ♦ División del Registro Civil

DEFUNCIÓN

PARTE 1: Al firmar a continuación, declaro que soy la persona que se indica en el presente formulario, y afirmo que la información contenida en este formulario está completa, es precisa y está sujeta a las sanciones de 18 Pa.C.S. §4904 relativa a la formulación de declaraciones falsas a las autoridades. Además, estoy consciente de que al falsear mi identidad o asumir la identidad de otra persona, podría incurrir en sanciones penales de delitos menores o delitos graves por el robo de identidad, de conformidad con 18 Pa.C.S. §4120 u otras secciones del Código Criminal de Pensilvania. (Nota: (La firma debe coincidir con el nombre indicado en las partes 2 y 5 de esta solicitud.)

Firma de la persona que hace la solicitud (No escribir con letra de molde): _____

Firma necesaria en **TODAS** las solicitudes. Usted debe tener 18 años de edad o más para hacer la solicitud. Si es menor de 18 años, un miembro de la familia inmediata debe solicitar el registro.

PARTE 2: ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE o A MÁQUINA el nombre de la persona solicitando el acta de defunción y su dirección postal actual.

Nombre: _____ Relación con la persona (Si es un abogado, por favor indique la representación) _____
 Nombrada en el registro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Utilización prevista de la copia certificada: (Es necesario presentar la documentación correspondiente para la verificación de su interés directo si no es pariente del difunto o su abogado de la sucesión) Seguridad Social/Beneficios Seguro Institución financiera Genealogía Asentamiento de herencia

Otra (Indicar la razón: _____)

PARTE 3: ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE o A MÁQUINA la información a continuación acerca de la persona que falleció: **Número de copias:** _____

Nombre al momento del fallecimiento: _____ (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Sexo: Masculino Femenino

Fecha de defunción: _____ Lugar de defunción: _____ (Mes / Día / Año - Registros disponibles desde 1906 hasta la actualidad) (Condado) (Ciudad/Distrito/Municipio en Pensilvania)

Número de Seguro Social: _____ Edad en el momento del fallecimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la Madre o el Padre A: _____ (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido antes del matrimonio) (Apellido actual)

Nombre del Padre o del Padre B: _____ (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido antes del matrimonio) (Apellido actual)

Director de la funeraria: _____

PARTE 4: DEFUNCIÓN: \$20.00 cada una. Si se requiere una cuota, haga el cheque o giro postal a nombre de: VITAL RECORDS.

Los cargos podrían no aplicarse a los individuos y sus dependientes que sirvieron o están sirviendo en las Fuerzas Armadas (complete el siguiente apartado):

Nombre del miembro de las Fuerzas Armadas: _____ Número de servicio: _____

Relación con el miembro de las Fuerzas Armadas: _____ Rango o rama de servicio: _____

PARTE 5: REQUISITO DE IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CON FOTOGRAFÍA EXPEDIDA POR EL GOBIERNO

- ♦ La persona que solicita el acta de defunción debe enviar una copia legible de una identificación válida con fotografía expedida por el gobierno que verifique su nombre y la dirección de correo postal indicada en la Parte 2.
- ♦ Ejemplos: Licencia de conducir o tarjeta de identificación de no conductor con fotografía emitida por el estado (si su dirección ha cambiado, incluya una copia de la tarjeta de actualización).
- ♦ Si es posible, agrande la identificación con fotografía en la copiadora por lo menos al 150% (las copias de la identificación serán trituradas después de su revisión).
- ♦ Si usted no cuenta con una identificación aceptable, visite nuestra página de internet www.health.pa.gov/MyRecords/Certificates para mayor información.

Envíe sus documentos en el sobre franqueado y predirigido a:

Division of Vital Records
 ATTN: Death Unit
 PO Box 1528
 New Castle, PA 16103

Vea los recordatorios de "¿Usted ha...?" al reverso de esta página para asegurarse de que ha cumplido con todos los requisitos.

Escriba con letra de molde o a máquina su nombre y dirección. (Debe coincidir con el nombre y dirección actual en la Parte 2 y la documentación de identificación):

Nombre
Calle
Ciudad, Estado y Código postal

- Usted es bienvenido a visitar una de nuestras oficinas en las siguientes ciudades de Pensilvania
- ♦ **Erie:** 1910 West 26th Street
 - ♦ **Harrisburg:** Forum Place
555 Walnut St., 1st Floor
 - ♦ **Philadelphia:** 110 North 8th Street (Suite 108)
 - ♦ **Pittsburgh:** 411 7th Avenue (Suite 360)
 - ♦ **Scranton:** Scranton State Office Bldg. (Room 112), 100 Lackawanna Avenue