

Application for a Death Certificate

(Solicitud de un certificado de defunción)

Escriba en letra de molde o en computadora

SOLO PARA USO INTERNO

Date: _____	Initials: _____
Delivery: <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> M	
Status: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A	

DEFUNCIÓN

PARTE 1: SOLICITANTE

Mi nombre legal actual: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Sufijo)

Calle: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de día: _____

MI RELACIÓN CON LA PERSONA MENCIONADA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____ El solicitante debe tener 18 años o más, o debe ser un menor emancipado para poder hacer la solicitud.

Uso previsto del certificado de defunción:

Seguro
 Seguro social
 Institución financiera
 Partición de herencia
 Otro: _____
(Especifique otro motivo).

PARTE 2: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN QUE SE SOLICITA Complete con la mayor cantidad de información posible.

NOMBRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN				FECHA DE DEFUNCIÓN	
<small>(Primer nombre)</small>		<small>(Segundo nombre)</small>		<small>(Apellido)</small>	
<small>(Sufijo)</small>					
SEXO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		EDAD AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
LUGAR DE DEFUNCIÓN				CASA FUNERARIA	
PA					
<small>(Estado)</small>		<small>(Condado)</small>		<small>(Ciudad/distrito/comuna)</small>	
INFORMACIÓN DE LOS PADRES					
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres _____ <small>(Primer nombre)</small> _____ <small>(Segundo nombre)</small> _____ <small>(Apellido antes del matrimonio)</small> _____ <small>(Apellido actual)</small> _____ <small>(Sufijo)</small>					
INFORMACIÓN DE LOS PADRES					
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres _____ <small>(Primer nombre)</small> _____ <small>(Segundo nombre)</small> _____ <small>(Apellido antes del matrimonio)</small> _____ <small>(Apellido actual)</small> _____ <small>(Sufijo)</small>					

PARTE 3: FORMAS ACEPTABLES DE

He incluido una fotocopia legible de lo siguiente:

Una licencia de conducir válida u otra identificación con foto emitida por el gobierno que incluya mi dirección postal. Si hago la solicitud por correo, la dirección de mi identificación coincide con la dirección postal detallada arriba. **No se aceptan las identificaciones vencidas.**

No tengo una identificación con foto válida emitida por el gobierno. Por lo tanto, he proporcionado dos documentos actuales que verifican mi nombre y mi dirección actual (como una factura de servicios, un talón de ingresos, un extracto bancario, un registro de vehículo o un acuerdo de arrendamiento/renta). Consulte www.certificates.health.pa.gov para obtener más información.

PARTE 4: TARIFA

Si hace la solicitud por correo, envíe un cheque o un giro postal pagadero a "VITAL RECORDS".

Si hace la solicitud en persona, puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.

Solicitud de exención de tarifa:

Se exime de la tarifa si el solicitante pide el certificado para una persona que falleció en servicio activo o le dieron de baja honorablemente del servicio; O BIEN, si el cónyuge de la persona fallecida está en servicio activo o le dieron de baja honorablemente del servicio. El solicitante también debe cumplir uno de los siguientes criterios:

Soy el cónyuge de la persona fallecida o represento un hijo dependiente

Soy quien ejecuta o administra el patrimonio de la persona fallecida.

Nombre del miembro de las Fuerzas Armadas: _____

Número de servicio: _____

Rango y rama del servicio: _____

Cantidad requerida
Costo del certificado: \$20,00
Cantidad: X _____
Total: _____

PARTE 5: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma a continuación, declaro que me represento a mí mismo aquí y afirmo que la información contenida en este formulario está completa, es precisa y está sujeta a las penalidades según 18 Pa.C.S. §4904 relacionadas con la falsificación no jurada a las autoridades. Además, reconozco que falsificar mi identidad o asumir la identidad de otra persona se puede considerar una falta o llevar a sanciones penales por delitos graves debido a robo de identidad según 18 Pa.C.S. §4120 u otras secciones del Pennsylvania Crimes Code (Código Penal de Pensilvania).

(Firma) (Fecha)

La firma debe coincidir con el nombre detallado en la Parte 1 de este formulario.

CÓMO HACER LA SOLICITUD

HAGA LA SOLICITUD EN LÍNEA EN MYCERTIFICATES.HEALTH.PA.GOV

Para hacer el pedido por correo, envíe la solicitud, la identificación y el pago a:

**Department of Health
Division of Vital Records
PO Box 1528
New Castle, PA 16103**