

SOLO PARA USO DE LA OFICINA



SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Remit No
By ZZ 708-153

SOLICITUD POR CORREO POSTAL DE ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE. INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CUANDO ENVÍE LA SOLICITUD. Haga los cheques o giros postales a nombre de: DSHS - Vital Statistics. Todos los fondos son depositados directamente al Interventor de Cuentas Públicas de Texas. El cargo por cualquier búsqueda en los archivos en la que no se encuentre ningún registro no es reembolsable ni transferible.

Table with 2 main sections: Actas de nacimiento and Actas de defunción. Columns include Tipo, Costo X, # de copias=, and Total.

Deseo hacer una aportación voluntaria de \$5.00 dólares para la promoción de una primera infancia saludable mediante el apoyo al Programa de Visitas Domiciliarias de Texas, el cual es administrado por la Oficina de Coordinación de la Primera Infancia de Salud y Servicios Humanos.

IDENTIFIQUE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN (Parte I)

Form for identifying birth or death record information. Fields include Name, Date of birth/death, Location, and Parent information.

INFORMACIÓN SOBRE EL O LA SOLICITANTE (Parte II)

Form for applicant information. Fields include Name, Phone number, Email, Address, and Relationship to the person mentioned.

Autorizo el envío por correo postal al siguiente domicilio. He verificado que en el siguiente domicilio se recibirá mi pedido.

Form for recipient information. Fields include Name, Address, City, State, and Zip code.

DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE ANTE UN NOTARIO PÚBLICO) (Parte III)

Notary section for the affidavit. Includes fields for State, County, Applicant name, Address, City, State, Relationship, and Notary information.

ADVERTENCIA: LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO ES UN DELITO GRAVE. LA PENA POR HACER DECLARACIONES FALSAS A SABIENDAS EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTenga DECLARACIONES FALSAS ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000 DÓLARES. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SECCIÓN 195.003).

ENVÍE POR CORREO POSTAL ESTA SOLICITUD, EL PAGO Y NA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA VÁLIDA A: Texas Vital Records Department of State Health Services P.O. Box 12040 Austin, TX 78711-2040 888-963-7111, extensión 6295 512-776-6295