Applicacion de Acta de Defunción

City of College Station
Home of Texas A&M University®

Dirección de Envio
1101 Texas Ave
College Station, TX 77840
Phone: (979) 764-5016 Fax: (979) 764-6377

Procesamiento de Registros: Lunes a Viernes, 8 am to 4 pm
Ordena en Linea: www.forms.cstx.gov/Forms/vitals

#_____	Copia Certificada	x $ 21 =	_____
#_____	Copias Adicionales	x $ 4 =	_____
#_____	Verificación	x $ 18 =	_____
#_____	*Sobre de Archivo	x $ 2 =	_____
#_____	Envío:	x $ 10 =	_____
*Optional		Total =	_____

Aceptamos dinero en efectivo, tarjeta, cheque or giro postal a nombre de City of College Station.**No se acepta billetes mayores de $20 o tarjeta AMEX**

Sólo para uso de oficina:

Clerk:_____ __ Cash
File #:_____ __ Check # _____
DCN:_____ __ CC/Debit

INSTRUCCIONES:

* Lea todas las instrucciones cuidadosamente antes de completar la solicitud.
* La solicitud debe ser llenada completamente.
* Imprima legiblemente. La escritura ilegible puede generar cargos adicionales por búsquedas múltiples. La ley Estatal requiere que cada vez que se realice una búsqueda de una acta y no se encuentre, se cobrará una **"TARIFA DE BÚSQUEDA"** igual a la tarifa de el acta. Las tarifas de búsqueda no son reembolsables.
* Si obtiene registros por correo, las solicitudes deben ser notariadas y debe adjuntar el pago y una copia de su licencia de conducir.

PERSONA NOMBRADA EN EL CERTIFICADO

ESCRIBA EN MOLDE

1. Nombre: _____ (Primer Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____ (Apellido Completo)
2. Fecha de Defunción: _____ (Mes) _____ (Día) _____ (Año) 3. Sexo: _____ (M/F)
4. Lugar de Defunción: College Station (Ciudad) Brazos (Condado) Texas (Estado)
5. Nombre de los Padres: _____ (Primer Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____ (Apellido de Soltera / Apellido)
6. Nombre de los Padres: _____ (Primer Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____ (Apellido de Soltera / Apellido)
7. Numero de seguro social: _____ 8. Fecha de Nacimiento: _____ (Mes Día Año)
9. Lugar de Nacimiento: _____ (Cuidad) _____ (Condado) _____ (Estado)

PERSONA QUE SOLICITA UN CERTIFICADO

10. Nombre del Solicitante: _____ (Nombre Completo)
11. Correo electrónico: _____ 12. Teléfono: _____ (Numero de día)
13. Dirección: _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)
14. Relación con las persona: _____
15. Razón por obtener el certificado: Reciénnacido, Seguro, Viaje/Pasaporte, Escuela/guardería, Archivos

☐ **PARA PASAPORTES:** Entiendo que la Agencia de Pasaportes de EE. UU. podria solicitar mas informacion si presento una versión corta de mi acta de

AVISO: LA MULTA POR PROPORCIONAR UNA DECLARACION FALSA EN ESTE FORMULARIO ES UNA FELONIA DE TERCER GRADO Y TIENE COMO CASTIGO UNA SENTENCIA DE PRISION DE 2 A 10 AÑOS Y UNA MULTA HASTA $10,000. CODIGO DE SEGURIDAD Y SALUD DE TEXAS, CAPITULO 195, SEC. 195.003.

_____ **FIRMA** _____ **FECHA**

State of Texas, County of _____
Estado de Texas, Condado de

This instrument was acknowledged before me on _____ (*fecha*) by _____ (*nombre de la persona reconocida*)
Este instrumento fue reconocido ante me en *por*

(Personalized Seal)
Sello personalizado

_____
Notary Public's Signature
Firma del notario publico