Applicacion de Acta de Defunción

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 $ 23	= _____
#_____	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**

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.

Sólo para uso de oficina:

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

PERSONA NOMBRADA EN EL ACTA DEFUNCIÓN

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 Cuidad | 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 SOLICITANDO EL ACTA DE DEFUNCIÓN

7. Nombre del Solicitante: _____ Nombre Completo
8. Teléfono: _____ Numero de día
9. Dirección: _____ Calle Ciudad Estado Código Postal
10. Relación con las persona: _____
11. Razón por obtener el certificado _____

☐ **PARA PASAPORTES:** Al firmar a continuación, reconozco que la Agencia de Pasaportes de EE. UU. puede solicitar información adicional junto con un certificado de nacimiento abreviado.

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 _____ *por* *nombre de la persona reconocida*
Este instrumento fue reconocido ante me en

(Personalized Seal)
Sello personalizado

_____
Notary Public's Signature
Firma del notario publico