

SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE DEFUNCIÓN

POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA 2 ANTES DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD

La ley de California (Sección 103526 del Código de Salud y Seguridad) permite que solo las personas autorizadas que figuran en la solicitud reciban copias certificadas de los registros de defunción. Quienes no estén autorizados por ley a recibir una copia certificada autorizada, recibirán una copia certificada informativa con la leyenda, **"INFORMATIVO, NO UN DOCUMENTO VÁLIDO PARA ESTABLECER LA IDENTIDAD."** Indique el tipo de copia certificada que solicita:

Solicito una Copia **AUTORIZADA Certificada** Solicito una copia **INFORMATIVA Certificada**
NOTA: Ambos documentos son copias certificadas del documento original archivado en el Departamento de Salud Pública de California – Registros Vitales (CDPH-VR). Con excepción de la leyenda y redacción de firmas y Números de Seguro Social, los documentos contienen la misma información.

Para recibir una copia **AUTORIZADA, DEBE INDICAR SU RELACIÓN CON EL REGISTRANTE** a continuación. Para recibir una copia certificada, el solicitante debe firmar una declaración jurada de que está autorizado para recibir la copia certificada. Si la solicitud se envía por correo, la declaración jurada **DEBE SER CERTIFICADA POR NOTARIO**, a menos que usted sea miembro de una agencia del orden público o representante de una agencia gubernamental estatal o local, agente o empleado de una funeraria.

RELACIÓN:

Hijo/Hermano del registrante (o un pariente descrito en HSC §7100 (a)(1) -(8))

Abuelo/Nieto del Registrante

Autorizado por orden judicial (Incluya copia de la orden judicial.)

Padre/Tutor legal del registrante (Debe proporcionar documentación.)

Un agente o empleado de una funeraria (Que actúa dentro del ámbito del empleo y en nombre de las personas especificadas HSC §7100 (a)(1)-(8))

Poder notarial/albacea del patrimonio del registrante (Incluya una copia del poder notarial o documentación que lo identifique como albacea.)

Cónyuge/Pareja Domestica del Registrante

Abogado que representa al registrante o Patrimonio del Registrante

Cumplimiento de la ley/gobierno (Realización de asuntos oficiales)

Pariente más cercano sobreviviente (especificado en HSC §7100)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (IMPRIMA O ESCRIBA) Fecha de Hoy:

Nombre de la Agencia (Si Corresponde)			Propósito de la Solicitud		
Nombre de la Persona que Completa la Solicitud			Firma del Solicitante		
Dirección de Envío – Numero, Calle, y # de Unidad (si corresponde)			Monto Adjunto: \$ _____		Número de Copias
Ciudad			Nombre de la Persona que Recibe las Copias si es diferente del solicitante		
Estado/Provincia	Código Postal	País	Dirección de envío para copias si es Diferente a la del Solicitante		
Número de Teléfono Durante el día()			Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACION DEL REGISTRO DE DEFUNCIÓN (IMPRIMA O ESCRIBA)

Complete la información a continuación como se muestra en el registro de defunción, según sea su leal saber y entender.

Nombre del Difunto–PRIMER	SUGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
Ciudad de defunción (debe ser en California)	Condado de Defunción	Fecha de Nacimiento – MM/DD/AAAA	Estado de Nacimiento
Fecha de Fallecimiento – MM/DD/AAAA (Si no lo sabe, ingrese la fecha aproximada)		Número de Seguro Social	
Nombre de la Madre/Padre (Primer, Segundo, Apellido)		Nombre del Cónyuge/Compañero Domestico del Difunto (Primer, Segundo, Apellido)	

SI ENVIA LA SOLICITUD POR CORREO:

TARIFA: \$24 por certificado de defunción y \$21 por certificado de defunción fetal por copia (Pagar a YUBA CO. PUBLIC HEALTH) Cheque/Giro Postal Ajunto

Declaración Jurada Notariada Adjunta (si corresponde)

Declaración Jurada

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California
(Nombre escrito del solicitante)
que soy una persona autorizada, según se define en la Sección 103526(c) del Código de Salud y Seguridad de California y
soy elegible para recibir una copia certificada del acta de nacimiento o defunción de las siguientes personas.

Nombre de la Persona que Figura en el Certificado	Relación del solicitante con la persona que figura en el certificado (Debe ser una relación que figura en la página 1 de la solicitud)

(La información restante debe completarse en presencia de un Notario Público o del personal del Secretario del Condado de Yuba.)

Suscrito este _____ día de _____, 20_____, en _____,
(CIUDAD) (ESTADO)

Firma del Solicitante

Nota: Si envía su pedido por correo, debe tener su Declaración Jurada Certificada por un notario utilizando el Certificado de Reconocimiento a continuación. El Certificado de Reconocimiento debe ser completado por un Notario Público. (La aplicación de la ley y las agencias gubernamentales locales y estatales están exentas del requisito de notario.)

RECONOCIMINETO

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica solo la identidad de la persona que firmo el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

Estado de California

Condado de _____

El _____ ante yo, _____,
(aquí inserte el nombre y título del oficial)

apareció personalmente _____

que demostraron, sobre la base de pruebas satisfactorias, que son las personas cuyos nombres están suscritos al instrumento interno y me reconocieron que ejecutaron el mismo en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que por su(s) firma(s) en el instrumento la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual la(s) persona(s) actuó(es), ejecuto el instrumento. Certificado bajo PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL Estado de California que el párrafo anterior es verdad y correcto.

TESTIGO de mi mano y sello oficial.

Firma _____

(SELLO)