

| | |
|------------------------|-------------|
| Staff Use Only: | V-12 10/18 |
| DCN: _____ | |
| Staff: _____ | Date: _____ |

Solicitud Para Una Copia Certificada de Acta de Defunción

Solicitante por favor incluyan lo siguiente para el proceso:

| | | | |
|---------------------|---|------|---|
| Aplicación completa | Identificación requerida (vea abajo o visite nuestra pagina de internet para opciones adicionales) | Pago | Documentos de tangibilidad (si es aplicable) |
|---------------------|---|------|---|

Información del Solicitante

Favor de escribir con maquina o en letra de molde

| | |
|---|---|
| Nombre de la persona que hace la solicitud: | Teléfono de Día: |
| Dirección de envió: _____ | Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ |
| Su relación con el difunto (Prueba es necesaria si su nombre no aparece en el certificado): | |
| <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Esposos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Agencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Genealogista <input type="checkbox"/> ExEsposos (con la prueba de interés directa y tangible) <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Información del Difunto

Favor de escribir con maquina o en letra de molde.

| | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------|--|
| Nombre completo del fallecido | Primer Nombre _____ | Segundo Nombre _____ | Apellido(s) _____ |
| Día que falleció | Mes _____ Día _____ Año _____ | Edad cuando falleció _____ | Lugar de nacimiento _____ Estado o País Extranjero _____ |
| Lugar del fallecimiento | Ciudad _____ Condado _____ | Estado _____ | Colorado SOLAMENTE |
| Razón por el pedido | <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Archivos <input type="checkbox"/> Beneficios <input type="checkbox"/> Cerrar Cuentas <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Conforme al Estatus Revisados de Colorado, 1982, 25-2-118 y definido por el consejo de Colorado en el Reglamento de Salud, el solicitante debe tener un interés **directo y tangible** en el certificado solicitado. Las penalidades por obtener un documento con intención de fraude incluyen una multa que puede ser hasta \$1,000.00, cárcel por un año o menos. O los dos multa y cárcel. (CRS 25-2-118)

| | |
|--|--------------------|
| Al firmar abajo, he leído y entiendo que hay penalidades por obtener un documento con falsos pretextos. | Fecha de Hoy _____ |
| X | |

Si su nombre aparece en la acta como Padre, Esposo O' Informante SOLAMENTE necesitan identificación primaria

SOLAMENTE una identificación es necesaria de la lista primaria o visite nuestra página de internet para más opciones de identificaciones adicionales

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Tarjeta de Inscripción como Extranjero o Tarjeta de Residente Permanente (INS 1-151 o I-551) Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos (N-560-561) Tarjeta de Identificación del Departamento de Correcciones del Estado de Colorado Licencia Temporal de Colorado Identificación del Departamento de Servicios Humanos de la Juventud Correctiva Tarjeta de Autorización para Empleo (I-766) Pasaporte Extranjero Identificación del Gobierno de Trabajo | <ul style="list-style-type: none"> Identificación de Job Corps Licencia de Conducir con foto Tarjeta de Identificación escolar, Universitaria o Colegio (año escolar orriente) Tarjeta de Residente Temporal (I-688, I-688A, o I-688B) Tarjeta de US B1/B2 Visa CON la I-94 Certificado de Naturalización de los EE>UU> (N-550/570) Tarjeta de Identificación de Ciudadanía de los EE.UU. (I-197) Tarjeta de Identificación Militar de los EE.UU. Pasaporte de los EE.UU. |
|--|---|

***Si manda su solicitud y gusta pagar con tarjeta de crédito llene lo siguiente:**

Tipo de Tarjeta: Visa MasterCard Discover AMEX

Nombre Titular: _____

Firma del Titular de la Tarjeta: _____

Número de la Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: ____/____/____ CVV: ____

| Tipo de Certificado | Cantidad |
|--|-----------------|
| ➤ Acta de Defunción Entera (registro completo) | _____ |
| ➤ Acta de Defunción Legal (sin información médica) | _____ |
| ➤ Verificación del fallecimiento (Información legal limitada y sin información médica) | _____ |
| Pago Total | |
| Costo de primer copia | \$ <u>20.00</u> |
| Copias adicionales \$13.00 (de la misma acta pedida a la misma vez) | \$ _____ |
| UPS \$25.00 – 2 Días (Opcional) | \$ _____ |
| Cargo Total | \$ _____ |