



**CITY OF BAYTOWN
 APLICACIÓN PARA ACTAS DE
 NACIMIENTO Y DEFUNCIÓN**

Teléfono: 281-420-6504, Ext: 8139; Fax: 281-420-5891
 www.baytown.org

PARA USO DE OFICINA

Certificado No.: _____

 By: _____

MD CA CK CC

INSTRUCCIONES

1. LLENE TODA LA SOLICITUD (APLICACIÓN)

<input type="checkbox"/> Actas de Nacimiento			
Tipo	Costo	# de Copias	Total
Certificado Largo (Original) Solo Baytown	\$23		
Certificado del Estado Otras Ciudades de Texas	\$23		
Sobre para Certificado	\$ 2		
Total \$			
Esta solicitud es solo para procesarse en la oficina, para opciones por correo, use la dirección en la solicitud.			

<input type="checkbox"/> Actas de Defunción			
Tipo	Costo	# de Copias	Total
Copia certificada (1 copia)	\$21		
Copias adicionales	\$ 4 ea.		
Sobre para Certificado	\$ 2		
Total # de Copias _____			
Total \$			
Esta solicitud es solo para procesarse en la oficina, para opciones por correo, use la dirección en la solicitud.			

INFORMACIÓN DE REGISTRO

Caja 1	Nombre	Segundo nombre		Apellido
Nombre en el acta				
Fecha de Nacimiento o Defunción	Mes	Día	Año	Sexo
Lugar de Nacimiento o Defunción	Ciudad o Pueblo	Condado		Estado Texas
Nombre de Mamá o Padre 1	Nombre	Segundo nombre		Apellido de Soltera
Nombre del Papá o Padre 2	Nombre	Segundo nombre		Apellido

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (APLICANTE)

Nombre del Solicitante (Nombre y apellido)	No. de teléfono	Correo electrónico		
Dirección postal completa	Ciudad	Estado	Código postal	
Relación con la persona indicada previamente (Caja 1):		Propósito para obtener este acta:		
<input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro especifique _____		<input type="checkbox"/> Recién Nacido <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Viajar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro especifique _____		

ADVERTENCIA: ES DELITO MAYOR FALSIFICAR INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO. LA PENA POR HACER DELIBERADAMENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA ES DE 1 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SEC. 195.003)

Su Firma _____

Fecha de solicitud _____

2. ENTREGUE LA SOLICITUD, ID Y PAGO EN LA VENTANILLA