

DEPARTAMENTO DE SALUD WEBER-MORGAN

APLICACION PARA ACTA DE DEFUNCION

Death Certificate Application

Actas de defunción que ocurrieron en la ciudad de Ogden desde 1958, Condado de Weber desde 1958, y Condado de Morgan desde 1993 Y todos los records desde Agosto 1 del 2006 estan disponibles en esta oficina Archivos de defunción de otras áreas de Utah pueden ser extendidos aqui por una cuota adicional y tiempo de proceso. Es una violación de la ley del Estado de Utah por cualquier persona el obtener, poseer, usar, o suplir por cualquier razon de fraude, un acta de defunción o copia certificada.

FILE NUMBER _____

PICK UP MAIL Call When Ready

INSTRUCCIONES

1. Actas de defunción de Ogden antes de 1989 requieren 24 horas para procesarse.
- Llene una aplicación por cada persona. **Identificación con foto es requerida para obtener acta de defunción.**
- Hay una cuota de \$16.00 por busqueda de archivos por cada 5 años.
Copias adicionales de este archivo ordenadas al mismo tiempo cuestan \$8.00 cada copia.
- Si es por correo, llene y mande la aplicación y cuota correcta al Departamento de Salud Condado de Weber-Morgan., Oficina de archivos Vitales, 477 23rd Street., Ogden, Utah 84401. **Escriba su cheque o giro postal a WMHD.** Para preguntas llame: 801-399-7130.
- Si el aplicante no responde a un pedido por escrito por parte de esta oficina de Archivos Vitales durante 90 dias, Archivos Vitales retendra su dinero pagado.

INFORMACION DE IDENTIFICACION

NOMBRE COMPLETO DEL DIFUNTO (Name) _____

FECHA DE MUERTE (Date of Death) _____

LUGAR DE MUERTE (Place of Death) Ciudad _____ Condado _____

LA MUERTE OCURRIO (Death Occurred) Casa Hospital Asilo Otro _____

LUGAR DE NACIMIENTO DEL DIFUNTO (Birthplace) _____ Fecha De Nacimiento _____

ULTIMA DIRECCION DEL DIFUNTO (Ciudad y Estado) _____

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE(Full Name of Father) _____

PRIMER NOMBRE Y APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE _____
(First and Maiden Last Name of Mother)

NOMBRE DEL ESPOSO (a), SI CASADO (a) CUANDO MURIO _____
(Name of Spouse, If married at time of Death)

APLICANTE Identificación válida de la persona que aplica es requerida vea al reverso

Cual es su relación con el difunto: _____

Porque pide este archivo _____

Su firma _____ Fecha de Hoy _____

Direccion Completa, Calle, Ciudad, Estado yCodigo Postal _____

Nombre escrito claramente _____ Número de teléfono _____

CERTIFICADOS Y SERVICIOS SOLICITADOS

1 Certificado Regular \$ 16.00

 Copias Adicionales \$8.00 \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Cash Check/mo Credit/Debit **TOTAL** \$ _____

Tarjetas de Credito no son aceptadas por correo

*****OTRAS CUOTAS PUEDEN APLICAR*****

ESCRIBA NOMBRE Y DIRECCIÓN ABAJO.

*Si es por correo a otra persona. Tiempo de proceso en nuestra oficina es aproximadamente 48 horas, pero no tenemos control sobre el servicio de correo de fuera. Si hay problemas con su solicitud, archivo, o cuota, puede haber cuotas adicionales y tiempo de proceso.

Req # _____ Paper # _____
SDcapp040309

Clerks Initials _____