



LISA GONZALEZ, PUBLIC HEALTH ADMINISTRATOR
 and LOCAL REGISTRAR
 2550 N. ANNIE GLIDDEN ROAD
 DEKALB, IL 60115
 PHONE: 815-758-6673 / FAX: 815-748-2485
 HOURS: 8:00 AM-12:00 PM / 1:00 PM-4:30 PM M-F
 Email: birth&deathrecords@dekalbcounty.org
 Visit us at www.dekalbcountyhealthdepartment.org

PETICION PARA ACTA DE MUERTE

de Copias Solicitadas _____ Fecha de Hoy _____

Primera copia certificada es \$21.00; cada copia certificada adicional del mismo muerte, solicitada el mismo dia es \$17.00. *IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL ES REQUERIDA.*

Nombre en el acta de Muerte _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Fecha de Muerte _____ Lugar de Muerte _____
Mes / Dia / Año La ciudad, el Pueblo o la Aldea

El Apellido completo de soltera de la Madre _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellidos de Soltera

El Nombre y apellidos del Padre _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Yo, el abajofirmante por la presente certifico que como la persona cuyo registro es buscado, o como el padre, el guardián, o representante legal de la persona, es permitido legalmente según el Estatuto del Estado de Illinois (Registros Esenciales Actúan) recibir la copia certificada solicitada.

La persona que Solicita la Copia _____
(Por favor use letra de molde) Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Relación _____ Telefono # _____ Email _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

**** La firma de la Persona que Solicita la Copia ****

SOLICITUDES POR CORREO DEBEN INCLUIR EL PAGO Y UNA COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL

FOR OFFICE USE ONLY:

Form of ID _____ Number on ID _____

Expiration Date _____ Personally known to _____

Registration # _____ Searchers Initials _____