DeKalb County Health Department
Prevent • Protect • Promote

Lisa Gonzalez, MPH
Public Health Administrator and Local Registrar

SOLICITUD PARA ACTA DE NACIMIENTO

Número de copias_____ Fecha_____

El costo es de $ 16.00 por la primera copia, $8.00 por cada copia adicional del mismo registro por vez.

SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN VIGENTE Y CON FOTO

Nombre en el registro de nacimiento_____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Fecha de nacimiento_____

Lugar de nacimiento_____
Ciudad, pueblo, o aldea

Nombre completo de soltera de la madre_____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Nombre completo del padre_____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Yo, el solicitante certifico por la presente que, como persona cuyo registro se solicita, o como padre, tutor o representante legal de la persona, tengo el derecho legal de acuerdo con la ley del Estado de Illinois (Ley de Registros Civiles) de recibir la acta solicitada

Nombre del solicitante_____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Relación con la persona en el registro de nacimiento_____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección_____Ciudad_____ Estado___ Código Postal _____

FIRMA _____

Form of ID_____ **Number on ID**_____

Expiration_____ **Researcher** _____

☐ **Check #**_____ **$** _____

State File # _____ **Pymnt Method** ☐ **Cash $**_____ ☐ **Credit Card $** _____

For Office Use Only