

SOLICITUD PARA ACTA DE DEFUNCIÓN

Número de copias _____ Fecha _____

El costo es de \$ 21.00 por la primera acta, \$ 17.00 por cada copia adicional del mismo registro por vez.

SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN VIGENTE Y CON FOTO

Nombre en la acta de defunción _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Fecha de fallecimiento _____ Lugar de fallecimiento _____
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 que por la presente, como familiar, personal con interest economico o representante legal de la persona, tengo el derecho legal de acuerdo a 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 la acta de defunción _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Propósito del documento _____ FIRMA _____

Form of ID _____ **Number on ID** _____

Expiration _____ **Researcher** _____

Check # _____ **\$** _____

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

For Office Use Only