

Application for a Birth Certificate (Solicitud de un certificado de nacimiento)

NACIMIENTO

Escriba en letra de molde o en computadora

| SOLO PARA USO INTERNO | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
| Date: _____ | Initials: _____ | | |
| Delivery: <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> PO | <input type="checkbox"/> M | |
| Status: <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> A | |

PARTE 1: SOLICITANTE

Mi nombre legal actual: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Sufijo)

Calle: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de día: _____

MI RELACIÓN CON LA PERSONA MENCIONADA EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO: _____ El solicitante debe tener 16 años o más, o debe ser un menor emancipado para poder hacer la solicitud.

Uso previsto del certificado de

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Viaje/pasaporte | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Licencia de conducir |
| <input type="checkbox"/> Seguro social/beneficios | <input type="checkbox"/> Doble ciudadanía | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ <small>(Especifique otro motivo).</small> | | |

PARTE 2: CERTIFICADO DE NACIMIENTO QUE SE SOLICITA Complete con la mayor cantidad de información posible.

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| NOMBRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO _____ <small>(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Sufijo)</small> | EDAD ACTUAL _____ | FECHA DE NACIMIENTO _____ |
| Si se cambió el nombre de nacimiento debido a una adopción, una orden del tribunal o cualquier otro motivo diferente al matrimonio, detalle el nombre aquí: _____ <small>(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Sufijo)</small> | SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| TIPO DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO _____ | LUGAR DE NACIMIENTO _____ <small>(Condado) (Ciudad/distrito/comuna) (Nombre del hospital)</small> | |

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Madre

Padre _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido antes del matrimonio) (Apellido actual) (Sufijo)

Padres _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido antes del matrimonio) (Apellido actual) (Sufijo)

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Madre

Padre _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido antes del matrimonio) (Apellido actual) (Sufijo)

Padres _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido antes del matrimonio) (Apellido actual) (Sufijo)

PARTE 3: FORMAS ACEPTABLES DE IDENTIFICACIÓN

He incluido una fotocopia legible de lo siguiente:

Una licencia de conducir válida u otra identificación con foto emitida por el gobierno que incluya mi dirección postal. Si hago la solicitud por correo, la dirección de mi identificación coincide con la dirección postal detallada arriba. **No se aceptan las identificaciones vencidas.**

No tengo una identificación con foto válida emitida por el gobierno. Por lo tanto, he proporcionado dos documentos actuales que verifican mi nombre y mi dirección actual (como una factura de servicios, un talón de ingresos, un extracto bancario, un registro de vehículo o un acuerdo de arrendamiento/renta). Consulte www.certificates.health.pa.gov para obtener más información.

PARTE 4: TARIFA

Si hace la solicitud por correo, envíe un cheque o un giro postal pagadero a "VITAL RECORDS".

Si hace la solicitud en persona, puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.

| Cantidad requerida | |
|--------------------------|---------|
| Costo del | \$20,00 |
| Cantidad: X _____ | |
| Total: _____ | |

Solicitud de exención de tarifa: miembro de las Fuerzas Armadas de EE. UU.
 Se exime de la tarifa si el solicitante pide el certificado para él mismo, su cónyuge o un hijo dependiente.

Yo o mi cónyuge legal actual (incluye viudo/viuda si no ha vuelto a contraer matrimonio) estoy/está en servicio activo o me/le dieron de baja honorablemente del servicio.

Nombre del miembro de las Fuerzas Armadas: _____

Número de servicio: _____

Rango y rama del servicio: _____

PARTE 5: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma a continuación, declaro que me represento a mí mismo aquí y afirmo que la información contenida en este formulario está completa, es precisa y está sujeta a las penalidades según 18 Pa.C.S. §4904 relacionadas con la falsificación no jurada a las autoridades. Además, reconozco que falsificar mi identidad o asumir la identidad de otra persona se puede considerar una falta o llevar a sanciones penales por delitos graves debido a robo de identidad según 18 Pa.C.S. §4120 u otras secciones del Pennsylvania Crimes Code (Código Penal de Pensilvania).

(Firma) (Fecha)

La firma debe coincidir con el nombre detallado en la Parte 1 de este formulario.

CÓMO HACER LA SOLICITUD

HAGA LA SOLICITUD EN LÍNEA EN MYCERTIFICATES.HEALTH.PA.GOV

Para hacer el pedido por correo, envíe la solicitud, la identificación y el pago a:

**Department of Health
 Division of Vital Records
 PO Box 1528
 New Castle, PA 16103**