



# CONDADO DE KINGS

330 Campus Dr.  
Hanford, CA 93230  
(559) 852-2604

## APLICACION PARA OBTENER UNA COPIA CERTIFICADA DE DEFUNCION

<b>INFORMACION DEL DIFUNTO</b>	<b>\$24.00 por copia</b>	<b>Copias requeridas</b> _____
Nombre del Difunto: _____		
PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO(S)
Fecha de Defuncion: _____		
Lugar de Defuncion: _____		

<b>INFORMACION DEL SOLICITANTE:</b>			
Nombre: _____			
PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO(S)	
Domicilio: _____			
NUMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO
Domicilio de envio: _____			
NUMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO
Numero de Telefono: (    ) _____			

**Para obtener una copia certificada usted tiene que ser alguna persona autorizada dentro de la Codiga de Salud y Seguridad de California, Seccion 103526 Marque una:**

<input type="checkbox"/> 1. Padre/Madre u Guardian Legal del Registrado <small>103526(c)(1)</small>	<input type="checkbox"/> 2. Orden Judicial <small>103526(c)(2)</small>
<input type="checkbox"/> 3. Miembro de la Agencia Policiaca o otra Agencia de Gobierno autorizada por Ley <small>103526(c)(3)</small>	<input type="checkbox"/> 4. Hijo(a), Abuelo(a), Hermano(a) Esposo(a) o Compañero Domestico del Registrado <small>103526(c)(4)</small>
<input type="checkbox"/> 5. Un Abogado representando el Registrado <small>103526(c)(5)</small>	<input type="checkbox"/> 6. Director de Funeraria <small>103526(c)(6)</small>
<input type="checkbox"/> 6. Pariente mas cercano, Poder legal/Albacea de los bienes del titular <small>HSC 7100 (6) (7) (8)</small>	

**SI USTED SOMETE SU ORDEN EN PERSONA, USTED DEBE DE LLENAR ESTA PARTE EN LA PRESENCIA DEL PERSONAL DE ARCHIVOS VITALES. SI USTED SOMETE ESTA OREDEN POR CORREO DEBE LLENAR ESTA PARTE EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PUBLICO Y MANDARLA AL SIGUIENTE DOMICILIO JUNTO CON LA PAGINA DE ENSEGUIDA:**  
**Kings County Department of Public Health, Vital Statistics,**  
**330 Campus Drive, Hanford, CA 93230**  
**IMPORTANTE: NO SE PUEDE PROCESAR ESTA FORMA SI ESTA SECCION NO ESTA COMPLETA CORRECTAMENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de el Estado De California, que soy una persona autorizada de acuerdo al Codigo de Salud y Seguridad de California, Seccion 103526 (c) a obtener una copia certificada de nacimiento de la persona indicada. Declaro este dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_  
DIA MES ANO  
 \_\_\_\_\_  
LUGAR

Firma: \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY:</b>					
Paper # _____	Receipt # _____	Clerk _____	Date _____		
Cash \$1 _____	\$5 _____	Check # _____	MO# _____	Pick up _____	Mail _____
\$10 _____	\$20 _____				
\$50 _____	\$100 _____	Credit Card			

**CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT**

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document, to which this certificate is attached, and the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of \_\_\_\_\_  
County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally appeared \_\_\_\_\_ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

WITNESS my hand and official seal.  
(SEAL)