

Registro Oficial de Nacimiento Formulario de Pedido



**DUPAGE COUNTY
HEALTH DEPARTMENT**

Para ordenar una copia legal de un acta de nacimiento:

- Llene este formulario
- **Fotocopia de su licencia de conducir o su estado i.d. (frente y reverso)**

Si envía el formulario por correo, envíelo al :
111 N. County Farm Road
Wheaton, IL 60187
Attention: Vital Records

Nombre del niño:

_____ **Primero** _____ **Medio** _____ **Apellido**

Fecha de Nacimiento:

____/____/____ Hospital: _____
Mes Día Año

Padre's/Co-Padres Nombre Completo:

_____ **Primero** _____ **Medio** _____ **Apellido**

Madre's/Co-Padres Nombre Completo:

_____ **Primero** _____ **Medio** _____ **Apellido**

Yo certifico que como se ha dicho partido, padre o tutor o representante legal, estoy legalmente autorizado, de acuerdo con (410 ILCS 535/25) para recibir la copia solicitada.

Nombre del solicitante: _____

Firma: _____

	Cuota		CANT		
El costo es de \$14.00 para la primera copia.	\$14.00	X	1	=	\$14.00
Cada copia adicional es de \$2.00 para el mismo registro <u>ordenado al mismo tiempo.</u>	\$2.00	X		=	
Gastos postales de envío (si los certificados de correo)	\$3.00				
<u>Cantidad total adjunta</u> * <small>Al hacer el pedido por correo, sólo cheques o giros postales serán aceptados.</small>					
Cheque o giro postal a nombre de DuPage County Health Department (no envíe dinero en efectivo o tarjeta de crédito a través del correo).				=	\$

Su Número de Telefono: _____

Dirección de Correo:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

For Office Use Only

Date: _____ # of Copies: _____

DL#/ID#/Other: _____

Identity Verified: Yes Amount Received: _____
 No

Payment Method: _____

Mail Walk-in Initials: _____