

Registro Oficial de Muerte Formulario de Pedido



DUPAGE COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

Para pedir una copia legal del acta de defunción:

- Llene este formulario
- **Fotocopia de su licencia de conducir o el 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 Fallecido:

Primero

Medio

Apellido

Fecha del
Fallecimiento:

____/____/____
Mes Día Año

Sexo (marque uno): Masculino Femenino

Lugar del
Fallecimiento

Ciudad, Pueblo
o Municipio del Condado

Condado

Los Solicitantes Relación
con el Fallecido:

Funeraria

Nombre (si lo hay):

Nombre del Solicitante:

La cuota es de \$18.00 por la primera copia.

Cuota

CANT

\$18.00

X

1

=

\$18.00

Cada copia adicional es de \$6.00 por el mismo
registro ordenado al mismo tiempo.

\$6.00

X

=

Gastos de envío

\$3.00

Cantidad total incluida *Al hacer el pedido por correo, sólo cheques y/o órdenes de pago seran aceptados.

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:

Dirección de Correo:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

For Office Use Only

Date: _____ # of Copies: _____

DL#/ID#/Other: _____

Amount Received: _____ Payment Method: _____

Identity Verified: Yes No Initials: _____

Mail Walk-in Fax

MED TEMP PERM FETAL

A todos los pagos con tarjeta de crédito se les cobrarán una tarifa de transacción