



# BERWYN PUBLIC HEALTH DISTRICT

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO

**\$15.00 por la PRIMERA copia certificada # de Copias Solicitadas:**  
**\$4.00 por cada copia adicional**

### Persona que solicita el certificado (marque la caja correspondiente):

- Persona Mencionada en el certificado
- Madre/Padre, Tutor Legal o Representante Legal de la Persona registrada

Nombre completo de la persona registrada	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo de la Madre con su apellido de soltera	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo del Padre	Fecha de Nacimiento
Correo Electrónico	
Dirección	

### Número de teléfono

Por la presente doy fe de que como la persona que solicita este acta, tengo derecho legal a una copia certificada de este acta, y asea personalmente por ser mayor de edad; como padre, tutor, representante legal o agente de la persona cuyo acta estoy solicitando; o porque de otra manera tengo derecho al acta de acuerdo con los Estatutos Compilados de Illinois (410 ILCS 535/25) Reconozco que una persona que comete uso fraudulento de un acta vital es cupable de un delito grave de Clase 4, punible con hasta tres (3) años de encarcelamiento.

## Forma de identificación aceptables

*Debe presentar un (1) documento de identidad válido*

- Licencia de conducir (expedido dentro de Estados Unidos)
- Identificación del Estado (expedido dentro de Estados Unidos)
- Pasaporte estadounidense o extranjero con firma

- Tarjeta de inmigración de EE.UU (extranjero residente)
- Tarjeta de identificación consular
- Certificado de naturalización estadounidense
- Tarjeta de identificación militar con firma

Si no dispone de ninguna de las formas de identificación anteriores, deberá presentar dos (2) de los siguientes documentos:

- Tarjeta de Seguridad Social con firma
- Tarjeta de Votante (expedida en un plazo de 90 días)
- Formulario W-2 (año en curso)
- Factura de servicios públicos (en un plazo de 60 días)
- Estado de cuenta bancaria (en un plazo de 90 días)
- Tarjeta de matriculación del vehículo
- Tarjeta de identificación de empleado con fotografía
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía
- Tarjeta Médica de Veteranos
- Tarjeta Médica de ayuda pública
- Documento tribal de los Nativos Americanos

## Solicitar un certificado por correo:

- Rellene todos los datos del formulario de solicitud
- Firmar en la línea de firma
- Incluya fotocopia de su documento de identidad
- Incluya la información de pago o envíe un giro postal a nombre de “Berwyn Public Health District”
- Envía todos los artículos a [vitals@berwyntownship.org](mailto:vitals@berwyntownship.org) o

Berwyn Public Health District

Vital Records Dept  
6600 W 26th Street  
Berwyn, IL 60402

Nombre de la tarjeta: \_\_\_\_\_  
# de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_  
Fecha de expiración: \_\_\_\_\_  
Código de verificación: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_