



BERWYN PUBLIC HEALTH DISTRICT

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DIFUNCIÓN

\$17.00 por la PRIMERA copia certificada

\$6.00 por cada copia adicional

de Copias Solicitadas:

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

- ☐ Familiar del Difunto
- ☐ Funeraria, Representante Legal o Agente Autorizado del Difunto

Nombre completo del Difunto

Fecha de Muerte

Derecho personal o de propiedad

Nombre del Solicitante

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 culpable de un delito grave de Clase 4, punible con hasta tres (3) años de encarcelamiento.

Firma

Fecha

Número de Identificación.

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 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: