

Office of Vital Records

Austin/Travis Co. Health and Human Services Dept.

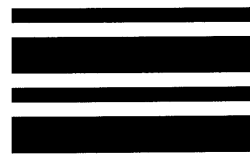
7201 Levander Loop, Bldg. C, Austin, TX 78702

PO Box 1088, Austin, TX 78767-1088

Phone (512) 972-4784 / Fax (512) 972-5208

Doc# _____

State# _____



APLICACIÓN POR CORREO DEBE SER NOTARIZADA

**Se requiere document de identidad vigente emitido por el gobierno para todos los solicitudes.
(Enviar por correo la solicitud notarizada, copia de su ID, prueba de residencia si es diferente de su
identificacion con foto, y cheque o giro postal a: OVR, PO Box 1088, Austin TX 78767.)**

PART 1. TIPO DE REGISTRO SER ORDENADO

Acta Larga/Bebe Solo para nacimientos en la ciudad de Austin. \$23.00 CADA ACTA Total # of Copias: _____

Tamaño Seguridad Para los nacimientos en Texas desde 1926. \$23.00 CADA ACTA Total # of Copias: _____

Registro de Defuncion Solo para fallecimientos en Austin. \$21.00 + \$4.00 copias Total # of Copias: _____

PART 2. LA PERSONA EN EL ACTA DE NACIMIENTO Ó DEFUNCION

Nombre en el Registro: _____
PRIMER _____ SEGUNDO _____ APELLIDO _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Género: _____
ó Defuncion: MES/DIA/AÑO ó Defuncion: CIUDAD Y CONDADO M/F

Pariente #1: _____
PRIMER _____ SEGUNDO _____ APELLIDO (DE SOLTERA) _____

Pariente #2: _____
PRIMER _____ SEGUNDO _____ APELLIDO (DE SOLTERA) _____

PART 3. LA PERSONAL QUE SOLICITA EL ACTA

Su nombre legal: _____ Su relación con la persona nombrada en el registro: _____

Su Dirección Actual: _____
DIRECCIÓN CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

Numero de Telefono Durante el Dia: _____ Correo Electronico: _____

Motivo de la Compa del Registro: _____

Su Firma: _____ La fecha de hoy: _____

PART 4. COMPLETA POR NOTARIO PUBLICO (COMPLETED BY NOTARY PUBLIC)

STATE OF _____, COUNTY OF _____ Before me on this date appeared the above named applicant in Part 3 who on oath deposes and says the contents of this document are true and correct. The applicant presented the following type and number of identification: _____

Sworn to and subscribed before me, this _____ day of _____, 20 _____.

Signature of Notary Public and Notary ID Number: _____

Typed or Printed Name: _____

(SEAL)

Commission Expires: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

WARNING: IT IS A FELONY TO FALSIFY INFORMATION ON THIS DOCUMENT. THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT ON THIS FORM OR FOR SIGNING A FORM WHICH CONTAINS A FALSE STATEMENT IS 2 TO 10 YEARS IN PRISON AND A FINE OF UP TO \$10,000 (Health and Safety Code, Chapter 195, Sec 195.003)

----- FOR OFFICE USE ONLY -----

Paper #(s) _____ Payment: _____