



ARAPAHOE COUNTY
PUBLIC HEALTH

6162 S. Willow Drive, Suite 100 Greenwood Village, CO 80111
 Fax: 720-880-1340
 Phone: 303-734-4300
 vitalrecords@arapahogov.com

Staff Use Only:	v. 8/2022
DCN: _____	
Staff: _____	Date: _____

Solicitud Para Una Copia Certificada de Acta de Defunción

Solicitante por favor incluyan lo siguiente para el proceso:

Aplicación completa	Identificación requerida (vea abajo o visite nuestra pagina de internet para opciones adicionales)	Pago	Documentos de tangibilidad (si es aplicable)
---------------------	---	------	---

Información del Solicitante

Favor de escribir con maquina o en letra de molde

Nombre de la persona que hace la solicitud:			Teléfono de Día:		
Dirección de envió:		Ciudad	Estado	Código Postal	
Su relación con el difunto (Prueba es necesaria si su nombre no aparece en el certificado):					
<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Esposos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Agencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Genealogista <input type="checkbox"/> ExEsposos (con la prueba de interés directa y tangible) <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Información del Difunto

Favor de escribir con maquina o en letra de molde.

Nombre completo del fallecido	Primer Nombre			Segundo Nombre		Apellido(s)	Sufijo
	Mes	Día	Año	Edad cuando falleció	Lugar de nacimiento	Estado o País Extranjero	
Día que falleció							
Lugar del fallecimiento	Ciudad			Condado	Estado	Colorado SOLAMENTE	
Razón por el pedido	<input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Archivos <input type="checkbox"/> Beneficios <input type="checkbox"/> Cerrar Cuentas <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____						

Conforme al Estatus Revisados de Colorado, 1982, 25-2-118 y definido por el consejo de Colorado en el Reglamento de Salud, el solicitante debe tener un interés **directo y tangible** en el certificado solicitado. Las penalidades por obtener un documento con intención de fraude incluyen una multa que puede ser hasta \$1,000.00, cárcel por un año o menos. O los dos multa y cárcel. (CRS 25-2-118)

Al firmar abajo, he leído y entiendo que hay penalidades por obtener un documento con falsos pretextos.	Fecha de Hoy
FIRME AQUI	

Si su nombre aparece en la acta como Padre, Esposo O' Informante SOLAMENTE necesitan identificación primaria

SOLAMENTE una identificación es necesaria de la lista primaria o visite nuestra página de internet para más opciones de identificaciones adicionales

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Tarjeta de Inscripción como Extranjero o Tarjeta de Residente Permanente (INS 1-151 o I-551) Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (N-560-561) Identificación Temporal de Preso de Detención de Ciudad o Condado de Denver o Pueblo Tarjeta de identificación del Departamento de Correcciones de CO Licencia o Identificación Temporal de CO (emitida entre los 30 días) Identificación de Correcciones Juveniles del Departamento de Servicios Humanos de CO Tarjeta de Autorización para Empleo (I-766) Pasaporte Extranjero Identificación de Trabajo de Gobierno | <ul style="list-style-type: none"> Identificación de Job Corps Licencia o Identificación de Conducir Internacional (emitida por el país) Licencia o Identificación de Conducir (EE.UU.) Identificación Escolar o Universitaria (corriente año escolar - EE.UU.) Tarjeta de Residente Temporal (I-688, I-688A, o 688B) Tarjeta de Visa US B1/B2 CON la I-94 Certificado de Naturalización de los EE.UU. N-550/570 Tarjeta de identificación ciudadanía de los EE.UU. (I-97) Tarjeta de Marino Mercante de los EE.UU. con foto Tarjeta de Ejército de los EE.UU. Pasaporte de los EE.UU. |
|---|--|

*Si manda su solicitud y gusta pagar con tarjeta de crédito llene lo siguiente:

Tipo de Tarjeta:
 Visa
 MasterCard
 Discover
 AMEX

Nombre Titular: _____

Firma del Titular de la Tarjeta: **FIRME AQUI**

Número de la Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: ____/____/____ CVV: ____

Tipo de Certificado	Cantidad
➤ Acta de Defunción Entera (registro completo)	_____
➤ Acta de Defunción Legal (sin información médica)	_____
➤ Verificación del fallecimiento (Información legal limitada y sin información médica)	_____
Pago Total	
Costo de primer copia	\$ <u>20.00</u>
Copias adicionales \$13.00 (Emitido el mismo día)	\$ _____
UPS \$25.00 - 2 días hábiles de envío (opcional)	\$ _____
Cargo Total	\$ _____