



City of Mission – Vital Statistics Department  
 1201 E. 8<sup>th</sup> Street  
 Mission, Texas 78572  
 (956) 580-8664 ph/580-8710 ph/580-8700 ph  
 (956)580-8669 FAX / [www.missiontexas.us](http://www.missiontexas.us)

**SOLO PARA USO DE LA OFFICINA**

Date: \_\_\_\_\_

Cert #: \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

**SOLICITUD POR CORREO POSTAL  
 DE ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN**

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE. INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CUANDO ENVÍE LA SOLICITUD.**

Haga los giros postales a nombre de: **City of Mission - Vital Statistics**. El cargo por cualquier búsqueda en los archivos en la que no se encuentre ningún registro no es reembolsable ni transferible.

Actas de nacimiento				Actas de defunción			
Tipo	Costo X	# de copias=	Total	Tipo	Costo X	# de copias=	Total
Tamaño estándar - Formato largo <input type="checkbox"/>	\$23			Copia certificada (1 copia)	\$21		
				Copias adicionales	\$4		
<b>Total (Haga los giros postales a nombre de: City of Mission)</b>				<b>Total (Haga los giros postales a nombre de: City of Mission)</b>			

**IDENTIFIQUE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN (Parte I)**

Nombre completo de la persona registrada	Primer nombre	Segundo nombre		Apellido
Fecha de nacimiento o defunción	Mes	Día	Año	Sexo
Lugar de nacimiento o defunción	Ciudad o población	Condado		Estado
Nombre completo del padre o la madre 1	Primer nombre	Segundo nombre		Apellido de soltero(a) o apellido
Nombre completo del padre o la madre 2	Primer nombre	Segundo nombre		Apellido de soltero(a) o apellido

**INFORMACIÓN SOBRE EL O LA SOLICITANTE (Parte II)**

Nombre del o la solicitante	# de teléfono	Correo electrónico		
Domicilio postal completo	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Parentesco con la persona arriba mencionada		Propósito de la obtención de esta acta:		
<input type="checkbox"/> <b>Autorizo el envío por correo postal al siguiente domicilio. He verificado que en el siguiente domicilio se recibirá mi pedido.</b>				
Nombre de la persona que recibirá las copias, si es distinto del nombre del o la solicitante				
Domicilio postal para las copias, si es distinto del domicilio del o la solicitante				
Ciudad		Estado	Código postal	

**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE ANTE UN NOTARIO PÚBLICO) (Parte III)**

STATE OF \_\_\_\_\_ COUNTY OF \_\_\_\_\_ Before me on this day appeared \_\_\_\_\_  
 (Applicant name)  
 now residing at \_\_\_\_\_  
 (Address) (City) (State)  
 who is related to the person named on Part I as \_\_\_\_\_ and who on oath deposes and says that the contents of this  
 affidavit are true and correct. (Relationship)  
 The applicant presented the following type and number of identification: \_\_\_\_\_  
 Applicant Signature \_\_\_\_\_  
 (Seal) Sworn to and subscribed before me, this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
 Signature of Notary Public and Notary ID Number \_\_\_\_\_  
 Typed or Printed Name: \_\_\_\_\_  
 Commission Expires: \_\_\_\_\_  
 Street Address: \_\_\_\_\_  
 City, State, Zip: \_\_\_\_\_

ADVERTENCIA: LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO ES UN DELITO GRAVE. LA PENA POR HACER DECLARACIONES FALSAS A SABIENDAS EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTENGA DECLARACIONES FALSAS ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000 DÓLARES. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SECCIÓN 195.003).

**ENVÍE POR CORREO POSTAL ESTA SOLICITUD, EL PAGO Y FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA VÁLIDA A:**

City of Mission – Vital Statistics  
 1201 E. 8<sup>th</sup> St., Mission, TX 78572