



City of Mission – Vital Statistics Department
 1201 E. 8th Street
 Mission, Texas 78572
 (956) 580-8664 ph/580-8710 ph/580-8700 ph
 (956)580-8669 FAX / 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		
Total (Haga los giros postales a nombre de: City of Mission)				Total (Haga los giros postales a nombre de: City of Mission)			

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"/> Autorizo el envío por correo postal al siguiente domicilio. He verificado que en el siguiente domicilio se recibirá mi pedido.				
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 _____
 Sworn to and subscribed before me, this _____ day of _____, 20____
 (Seal) 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 SABIDENDAS 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. 8th St., Mission, TX 78572