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

APLICACIÓN PARA REGISTRO DE NACIMIENTO/ACTAS DE DEFUNCIÓN

AL ENVIAR LA SOLICITUD INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN VALIDA Y SU DECLARACIÓN JURADA. **NOTA**: En Caso de que el Registro de Nacimiento/Acta de Defunción no Este en Nuestros Archivos se Cobraran $13.00 por la Búsqueda del Registro.

Nacimiento _____ Copia Certificada (Nació en Mission) $23.00 _____ ABSTRACT (Nació en Texas) $23.00

Defunción _____ Copia Certificada (Murió en Mission) $21.00 _____ Copias Adicionales $4.00 **(Para Defunción Solamente)**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LA INFORMACIÓN DE NACIMIENTO / DEFUNCIÓN DEL REGISTRO:

1. Ha Habido Cambios/Correcciones Echas Por Medio del Estado a Este Registro ( ) Si ( ) No
2. Nombre del Registrado:_____
   1er Nombre 2do Nombre Apellido(s)
3. Fecha de Nacimiento/Defunción: _____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino
   Mes / Día / Año
4. Lugar de Nacimiento/Defunción **(Ciudad)**:_____
5. Nombre del Padre (**Solo Si Aparece en el Registro**):_____
   1er Nombre 2do Nombre Apellido(s)
6. Nombre de la Madre (**Apellido(s) de Soltera**):_____
   1er Nombre 2do Nombre **Apellido(s)de Soltera**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

7. Nombre del Solicitante (**En Letra de Molde**):_____# Tel. U.S. _____`_____
8. Dirección de Correo de E.U.:_____
   Numero de Calle Ciudad Estado Código Postal
9. Relación del Solicitante con la Persona en el Registro de Nacimiento/Acta de Defunción **(Marque Uno)**:
   ( ) **Formulario de Autorización** (Sólo en Persona y Nacido en la Ciudad de Mission)
   ( ) **Yo Mismo** (Identificación válida) ( ) **Mama / Papa** (Identificación válida)
   ( ) **Esposo(a)** (Identificación válida y Acta de Matrimonio)
   ( ) **Hermano(a)** (Identificación válida y Registro de Nacimiento)
   ( ) **Hijo(a)** (Identificación válida y Registro de Nacimiento)
   ( ) **Abuelos** (Identificación válida y Registro de Nacimiento de Hijo o Hija)
   ( ) **Tutor Legal** (I.D. válida y Orden de Tribunal Certificada, Firmada, Sellada y Sentada en la Corte)
   ( ) **Funeraria o Abogado**(Documentos que Demuestren Algún Interés Legal con la Familia Inmediata)
10. Para que necesita Este Registro: (Pasaporte, Escuela, Medicaid, lo Perdió) _____

ADVERTENCIA: ES UN DELITO FALSIFICAR INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO. LA PENA PARA HACER A SABIENDAS UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO O FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA ES 2-10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA $10.000 (HEALTH AND SAFETY CODE, CAPÍTULO 195, 195.003 SEG.)

11. Firma del Solicitante:_____ Fecha:_____

APLICACIÓN SIN FIRMA DEL SOLICITANTE NO SERÁ PROCESADA

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date:_____ Amount Paid: $_____ Currency #_____

( )Pick-Up ( )Mail Clerk: _____ Cert. #_____ Abstract #_____ Rev: 09/2015