



CIUDAD DE BAYTOWN
SOLICITUD POR CORREO POSTAL
ACTA DE NACIMIENTO Y DE DEFUNCIÓN
 Teléfono: 281-420-6504, Ext: 8139; Fax: 281-420-5891
 www.baytown.org

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Certificate No. _____

By: _____

MD / L

La Oficina del Secretario de la Ciudad recibe pagos con: tarjetas de crédito, efectivo, cheques o giros postales. Los cheques y giros postales deben tener de pagadero a: City of Baytown

| <input type="checkbox"/> Certificados de Nacimiento | | | |
|---|---------|-----------------|-------|
| Tipo | Costo X | No. de copias = | Total |
| Copia certificada forma Larga Solo Baytown | \$23 | | |
| Copia certificada 5x7 (Otro Ciudades en Texas) | \$23 | | |
| Total | | | |

| <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción | | | |
|---|---------|-----------------|-------|
| Tipo | Costo X | No. de copias = | Total |
| Copia certificada (1 copia) | \$21 | | |
| Copias adicionales | \$4 | | |
| Total | | | |

INFORMACIÓN DEL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN (Parte I)

| | | | | |
|--|-----------------|----------------|-----|----------------------------|
| Nombre completo de la persona en el acta | Nombre | Segundo Nombre | | Apellido |
| Fecha de Nacimiento/Defunción | Mes | Día | Año | Sexo |
| Lugar de Nacimiento/Defunción | Ciudad o Pueblo | Condado | | Estado |
| Nombre completo del Progenitor 1 | Nombre | Segundo Nombre | | Nombre/Apellido de soltera |
| Nombre completo del Progenitor 2 | Nombre | Segundo Nombre | | Nombre/Apellido de soltera |

INFORMACIÓN DEL APPLICANTE (Parte II)

| | | | | |
|--|--|--------------------|--------|---------------|
| Nombre del Aplicante | Teléfono | Correo electrónico | | |
| Dirección postal completa | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
| Relación con la persona mencionada antes | Motivo para obtener el acta pasaporte, bautismo, inmigración, DPS: | | | |

DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE ANTE UN NOTARIO PUBLICO) (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 _____ (Relationship) and who on oath deposes and says that the contents of this affidavit are true and correct.

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: FALSIFICAR INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO ES UN DELITO MAYOR. LA PENA POR REALIZAR CON PLENO CONOCIMIENTO UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTA FORMA O FIRMAR UNA FORMA QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA VA DE DOS A DIEZ AÑOS DE CÁRCEL Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000. (CAPÍTULO 195, SEC. 195.003 DEL CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD)

Su firma _____ **Fecha de solicitud** _____

ENVIE POR CORREO POSTAL ESTA APLICACIÓN, EL PAGO Y FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA VALIDA A:
City of Baytown, City Clerk's Office, Vital Statistics
P.O. Box 424, Baytown, TX 77522-0424