



ISLAND COUNTY PUBLIC HEALTH

Estadísticas vitales

PO Box 5000 / 1 NE 6th Street

Coupeville, WA 98239 360-679-7350

Solicitud de certificado de defunción del Estado de Washington

(Solo en persona)

Para recibir un Certificado de defunción por correo, visite WWW.Vitalchek.com**Información del solicitante**

| | | |
|------------|----------------------------------|----------------|
| Nombre: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Dirección de correo electrónico: | |

Para recibir un certificado de defunción, debe indicar abajo su relación con el inscrito y firmar la declaración jurada de que está autorizado para recibir el certificado. Debe presentar un documento de prueba de identidad calificada y de prueba de elegibilidad.

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| Seleccionar la relación | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica | <input type="checkbox"/> Padre/madre | <input type="checkbox"/> Hijo | |
| | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra | <input type="checkbox"/> Hijastro | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| | <input type="checkbox"/> Nieto | <input type="checkbox"/> Bisabuelo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Representante legal |
| | <input type="checkbox"/> Tribunales | <input type="checkbox"/> Representante autorizado | <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental | |
| | <input type="checkbox"/> Director de funeraria/establecido en el plazo de 12 meses | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |
| | | | | |

Información del registro de defunción

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|
| Nombre: | Segundo nombre: | Apellido: |
| Fecha aproximada del fallecimiento: (mes y año) | Ciudad o condado del fallecimiento: | |
| Otros nombres, si se conocen (por ejemplo, apellido de soltera, apellido de casada, nombre de los padres, etc.): _____ | | |
| Nombre del cónyuge: | Fecha de nacimiento: | Lugar de nacimiento: |

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Washington que la información que presenté es verdadera y correcta. Además, tenga en cuenta que dar deliberadamente una declaración falsa a los registros vitales para obtener un certificado es un delito menor grave según la ley de Washington, RCW 70.58A.590(2).

| | |
|------------------------|--------------------|
| Firma del solicitante: | Fecha de la firma: |
|------------------------|--------------------|

| Cargos: (completar abajo) | Si paga con cheque u orden de pago, hágalo pagadero a ICPH | | |
|-------------------------------------|---|---|-----------------|
| Número de certificados solicitados: | Cargo por cada certificado: \$25.00 | Cargos de proc. por cada uno \$5.00 | Total adeudado: |

Solo para uso de la oficina

Tipo de identificación aprobado para obtener copias certificadas del certificado de defunción:

 Licencia de conducir válida/ID Pasaporte válido Documentación legal Otros _____ Si se reciben dos documentos alternativos, mencione los dos abajo (deben coincidir el nombre, los apellidos y la dirección, o en combinación el nombre completo, la fecha de nacimiento y la fotografía):

Número de recibo: _____ Fecha de recepción: _____ Iniciales: _____

Sello de fecha Fecha en que se completó la orden: _____ Iniciales: _____