



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"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Bisabuelo	<input type="checkbox"/> Tutor
	<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

Sello de fecha	Tipo de identificación aprobado para obtener copias certificadas del certificado de defunción: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida/ID <input type="checkbox"/> Pasaporte válido <input type="checkbox"/> Documentación legal <input type="checkbox"/> Otros _____
	<input type="checkbox"/> 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: _____
	Fecha en que se completó la orden: _____ Iniciales: _____