Maricopa County Department of Public Health
Solicitud para **Acta de Defunción de Arizona**

For Date Stamp

AVISO: Falsa Solicitud para Acta de Defunción es Ofensa Federal

UNA IDENTIFICACION VALIDA DEL GOBIERNO ES REQUERIDA

Información

_____ _____
Fecha de hoy # de copias solicitadas Costo Total

☐ Cashier's Check Only
☐ Money Order
☐ Credit Card
(Visa/MasterCard Only)

_____
Propósito de su solicitud

Estara utilizando esta copia/s para uso gubernamental?
☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, marque cada tipo de reclamación
_____

Office Use Only

___ Process ___ Return by Mail
___ Call

Insufficient Fee:
___ No Fee
___ Incorrect Fee
___ CC Expired
___ Need other payment type

Identification:
___ ID Expired/Invalid
___ Need ID with Signature
___ Need Clear Copy of ID
___ Need CC Holder's ID with Signature

Proof of Eligibility:
___ Need Documents
___ Need Signature
___ Applicant Ineligible
___ Not an AZ Record

Other: _____

Información del Difunto

_____
Nombre en el Certificado: Primero Segundo Nombre Apellido(s)

_____
Fecha de Nacimiento Fecha de Defunción

_____
Condado donde fallecio Nombre de Funeraria

_____
Petición especial (e.g., con causa pendiente, copias adiciónales)

Persona Solicitando Certificado

_____ _____
El nombre y apellido de Solicitante Firma de Solicitante - **Requisito**

_____
Dirección de Correo Ciudad Estado Codigo postal

_____ - _____ - _____ _____
Telefono en el Dia Correo Electronico

Relación a la persona en el certificado – Marque uno
*Prueba de Elegibilidad /Relación Familiar/interes legal -Debe ser proporcionado (i.e. Testamento, acta de nacimiento, acta de matrimoñio, etc.)

☐ *Esposa (o)* ☐ *Hija (o)* ☐ *Padres* ☐ *Nieta (o)* ☐ Abuela (o) ☐ *Hermana (o)* ☐ *Otra* _____

Office Use Only

_____
State File Number

_____
Request ID

_____
Date Entered

_____
Date Issued

_____
Serial Number – VA Copy

_____
Serial Number – SSA Copy

_____
Serial Number - Certified

_____
Receipt #

Area para Notariar

State of _____, County of _____

Affix Seal/Stamp Here

On this _____ day of _____, 20 _____ before me personally appeared

_____ (name of signer), whose identity was proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to this document, and who acknowledged that he/she signed the above document.

Notary Signature _____ My Commission Expires _____

Verificación

Gov't Issued ID
(OFFICE USE ONLY)

Documents Verified
(OFFICE USE ONLY)

Solicitud Por Correo: MCOVR (Maricopa County Office of Vital Registration)
PO Box 2111 – Phoenix, AZ – 85001

Aplicar por Internet: www.VITALCHEK.com (refiérase al sitio web para honorarios actuales)

Aplicar en persona: 4 localidades para servirle

Centro del Valle - 3221 N. 16th St., Ste. 100, Phoenix AZ 85016 (1 cuadra al Sur de Osborn)
Norte del Valle – 2423 W. Dunlap Ave., Ste. 110, Phoenix 85021 (al Este de I-17 y Dunlap)
Oeste del Valle – 1850 N. 95th Ave., Ste 182 Phoenix 85037 (101 Fwy/Norte de McDowell)
Este del Valle - 4419 E. Main St., Ste.105, Mesa AZ 85205 (I-60/202 Red Mtn Fwy)

***Incluya un sobre pre-pagado con su dirección**

Horario: Lunes-Viernes
8:00am-4:30pm
Cerrado dias Festivos

Telefono: 602-506-6805

Costo: $20 por cada certificado, $30 Corrección o Enmienda

Para respuestas a sus preguntas, formas, mas información sobre identificaciónes aceptables y más , favor de visitar:
http://www.MaricopaVitalRecords.com

Lista de Revision

☐ La prueba de relación es necesaria (Voluntad/Testamento, acta de nacimiento, acta de matrimoñio, etc.)

☐ Fotocopia de su identificación (Frente y Reverso) valida del gobierno que incluya su foto y su firma

☐ Firme la aplicación

☐ Pago correcto incluye (Money Order, Cashier's Check, Visa, MasterCard solamente)

Tarjeta de Credito

Información de Pago

__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __- __ __ __ __ __ __ / __ __ ☐ VISA ☐ MC
Número de tarjeta Vencimiento de tarjeta

**** Debe incluir una copia de la identificación valida del gobierno del proveedor de la tarjeta de crédito.***

_____ $20.00 X _____ = $ _____
Firma de proveedor de la tarjeta # de copias pagadas **Cantidad**