



Solicitud de copia certificada del certificado de nacimiento

Costo: \$20 la primera copia,
\$13 cada copia adicional por persona inscrita

Oficina Central del Distrito - 700 Columbine Street, Sterling, CO 80751
Teléfono (970) 522-3741 u 877-795-0646
Fax (970) 522-1412

Información del solicitante - Escribir en letra de molde clara

| | | | |
|------------------|----------------|----------|-------------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Motivo de la solicitud: |
| Domicilio postal | Ciudad | Estado | Código postal |
| Domicilio real | Ciudad | Estado | Código postal |
| Su firma X | | | Fecha de hoy: |

Se debe incluir junto con la solicitud una copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación del solicitante emitida por el estado.

Información del/de los solicitante(s) - Escribir en letra de molde clara

Información sobre la(s) persona(s) cuyo(s) certificado(s) de nacimiento se está(n) solicitando.

| | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|--|
| Solicitante 1 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Nombre completo al momento del nacimiento: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| | Fecha de nacimiento | ¿Esta persona ha fallecido? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ | Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción |
| | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | Su parentesco con el solicitante: | |
| | Nombre completo del padre: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| | Nombre completo de la madre: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido de soltera |
| Solicitante 2 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Nombre completo al momento del nacimiento: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| | Fecha de nacimiento | ¿Esta persona ha fallecido? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ | Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción |
| | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | Su parentesco con el solicitante: | |
| | Nombre completo del padre: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| | Nombre completo de la madre: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido de soltera |
| Solicitante 3 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Nombre completo al momento del nacimiento: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| | Fecha de nacimiento | ¿Esta persona ha fallecido? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ | Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción |
| | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | Su parentesco con el solicitante: | |
| | Nombre completo del padre: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| | Nombre completo de la madre: | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido de soltera |

Office Use Only:

| | | | |
|-------------------------|----------------|---------------------|-----------------------|
| Registrant 1 DCN: _____ | Cash: _____ | First Copy \$ _____ | ID: _____ |
| Registrant 2 DCN: _____ | Debit: _____ | Add. Copy \$ _____ | Social Service: _____ |
| Registrant 3 DCN: _____ | Check #: _____ | SPU Fee \$ _____ | PICKUP or MAIL |
| | | Total \$ _____ | Registrar Init: _____ |