



City of Trenton, Department of Health and Human Services, Office of Vital Statistics, 319 E. State St., Trenton, NJ 08608
Application for a Certified Copy of a Vital Record – Solicitud para una Copia Certificada de un Registro Civil

In Person: Cash or Money Order **By Mail:** Money order only - payable to "City of Trenton"
(En persona: Dinero en efectivo o giro postal) **(Por correo:** El giro postal debe ser a nombre de "City of Trenton")

<p>1. YOUR NAME AND ADDRESS information as it appears on your ID or mail <i>(SU NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL según aparece en su ID o correspondencia)</i></p> <p>Applicant's Name <i>(Su nombre/apellido)</i> _____</p> <p>Street <i>(Su dirección postal)</i> _____</p> <p>City & State <i>(Ciudad & Estado)</i> _____ Zip Code <i>(Código Postal)</i> _____</p> <p>() _____ Telephone Number <i>(Número telefónico)</i> _____</p>	<p>What is the reason for your request? <i>(¿Para qué necesitas el acta/partida?)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Passport/Travel <i>(Pasaporte/Para Viajar)</i> <input type="checkbox"/> Driver's License <i>(Licencia de conducir)</i> <input type="checkbox"/> Lost/Misplaced <i>(Se perdió/extravió)</i> <input type="checkbox"/> To obtain ID <i>(Para obtener identificación)</i> <input type="checkbox"/> Employment <i>(Empleo)</i> <input type="checkbox"/> School/Sports <i>(Escuela/Deportes)</i> <input type="checkbox"/> Housing Approval <i>(Aprobación para vivienda)</i> <input type="checkbox"/> Insurance benefits <i>(Beneficios de seguro)</i> <input type="checkbox"/> Pension benefits <i>(Beneficios de pensión)</i> <input type="checkbox"/> Veteran's Benefits <i>(Beneficios para Veteranos)</i> <input type="checkbox"/> Welfare/Medicare <i>(Asistencia Pública/ Medicare)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Issues <i>(Asuntos de Seguro Social)</i> <input type="checkbox"/> Marriage <i>(Matrimonio)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> _____</p>
<p>RELATIONSHIP TO PERSON on record (PROOF IS REQUIRED) PARENTESCO (PRUEBA ES REQUERIDA)</p> <p><input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Authorized agent, attorney or legal representative <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Agente autorizado, abogado o representante legal <input type="checkbox"/> Spouse (current) <input type="checkbox"/> Brother/Sister <input type="checkbox"/> Esposo/a (actual) <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>	
<p>→ Your Signature (Su Firma) Date of Application (Fecha)</p>	

<p>2.</p> <p><input type="checkbox"/> BIRTH (NACIMIENTO)</p>	<p>Full Name of Person Named on Certificate <i>(Indicate the Legally Changed Name, if applicable)</i> <i>(Nombre/Apellido completo según el registro) (Indique cualquier cambio de nombre obtenido por orden judicial, si es que aplica)</i></p> <p>First Name <i>(Primer Nombre)</i> _____ Middle name <i>(2º Nombre)</i> _____ Last Name <i>(Apellido/s)</i> _____</p> <p>Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i> _____ Place of Birth <i>(City or hospital) (Lugar de Nacimiento)</i> _____ No. of copies <i>(No. de copias)</i> _____</p> <p>Mother's Full Maiden Name <i>(Nombre/Apellido de Soltera de la Madre)</i> _____</p> <p>Father's Full Name <i>(Nombre/Apellido del Padre, si está registrado)</i> _____</p>
--	--

<p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> MARRIAGE (MATRIMONIO)</p> <p><input type="checkbox"/> CIVIL UNION (UNIÓN CIVIL)</p> <p><input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (SOCIEDAD DOMÉSTICA)</p>	<p>Full Name of Husband/Partner <i>(Nombre/Apellido del Esposo/Pareja)</i> _____</p> <p>Full Name of Wife/Partner <i>(Nombre/Apellido de Soltera de la Esposa/Pareja)</i> _____</p> <p>Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i> _____ Place of Event <i>(Lugar del Evento)</i> _____ No. of copies <i>(No. de copias)</i> _____</p>
---	---

<p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> DEATH (DEFUNCIÓN)</p>	<p>Full Name of Deceased <i>(Nombre/Apellido del Difunto/a)</i> _____ Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i> _____</p> <p>Place of Death - <i>City or Hospital (Lugar de la Defunción – Ciudad o Hospital)</i> _____ No. of copies <i>(No. de copias)</i> _____</p> <p>Maiden Name of Decedent's Mother <i>(Nombre/Apellido de Soltera de la Madre del Difunto/a)</i> _____ Full Name of Decedent's Father <i>(Nombre/Apellido del Padre del Difunto/a – si aparece en el acta)</i> _____</p>
---	---

Identification Checklist - For Office Use Only

- | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Driver's License – State Issued _____ | <input type="checkbox"/> NJ MVC ID or Boat Operator Only | <input type="checkbox"/> Utility Bill(s) | <input type="checkbox"/> SSA letter | <input type="checkbox"/> State letter |
| <input type="checkbox"/> Work/School ID | <input type="checkbox"/> Mercer Cty. ID | <input type="checkbox"/> Car Insurance/Registration Card | <input type="checkbox"/> Passport | <input type="checkbox"/> Hospital Discharge Papers |
| <input type="checkbox"/> Bank Statement | <input type="checkbox"/> Release papers | <input type="checkbox"/> Birth/Marriage Certificate | <input type="checkbox"/> TANF ID | <input type="checkbox"/> Other _____ |