

**New Jersey Department of Health
Vital Statistics and Registry
P.O. Box 370
Trenton, NJ 08625-0370**

**APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD
APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS Ó CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-ANCESTRO**

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy. (<i>Quiero una copia certificada.</i>)		If available, I prefer the format of the certified copy to be: (<i>Prefiero:</i>)	
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal. (<i>Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.</i>)		<input type="checkbox"/> Computer Generated copy of original. (<i>Copia del Original-Generado por Computadora</i>)	
<input type="checkbox"/> I would like a Certification. (<i>Quiero una certificación.</i>)		<input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. (<i>Imagen Digital/Fotocopia del Original</i>)	
Name of Applicant (<i>Nombre de Apicante</i>)		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) (<i>Relación al individuo [Prueba es requerida para copia certificada.]</i>)	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) (<i>Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)</i>)		Reasons for Request: (<i>Motivo de solicitud</i>)	
City (<i>Ciudad</i>) State (<i>Estado</i>) Zip Code (<i>Código Postal</i>)		<input type="checkbox"/> Passport (<i>Pasaporte</i>) <input type="checkbox"/> Driver's License (<i>Licencia de Conducir</i>) <input type="checkbox"/> School/Sports (<i>Escuela/Deportes</i>) <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits (<i>Beneficios veteranos</i>) <input type="checkbox"/> Social Security Card (<i>Tarjeta Seguro Social</i>) <input type="checkbox"/> Social Security Disability (<i>SSI / Incapacidad</i>) <input type="checkbox"/> Other SS Benefits (<i>Otros beneficios de seguro social</i>) <input type="checkbox"/> Medicare (<i>Medicare</i>) <input type="checkbox"/> Welfare (<i>Asistencia Pública</i>) <input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>) _____	
Daytime Telephone Number (<i>Número Telefónico</i>)		<input type="checkbox"/> Social Security Disability (<i>SSI / Incapacidad</i>) <input type="checkbox"/> Other SS Benefits (<i>Otros beneficios de seguro social</i>) <input type="checkbox"/> Medicare (<i>Medicare</i>) <input type="checkbox"/> Welfare (<i>Asistencia Pública</i>) <input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>) _____	
Applicant's Signature (<i>Firma del Apicante</i>)		Date of Application (<i>Fecha</i>)	

<input type="checkbox"/> BIRTH (<i>NACIMIENTO</i>)	Full Name of Child at Time of Birth (<i>Nombre Completo al Nacer</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)
	Place of Birth (City, Town) (<i>Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)</i>)	County (<i>Condado</i>)	Exact Date of Birth (<i>Fecha de Nacimiento</i>)
	Child's Mother's Full Maiden Name (<i>Nombre completo de soltera de la Madre</i>)		Child's Father's Name (if on record) (<i>Nombre del Padre (si esta registrado)</i>)
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: (<i>Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado:</i>)		
<input type="checkbox"/> MARRIAGE (<i>MATRIMONIO</i>) <input type="checkbox"/> CIVIL UNION (<i>UNIÓN CIVIL</i>) <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (<i>SOCIEDAD DOMÉSTICA</i>)	Full Name of Spouse A/Partner A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)
	Full Name of Spouse B/Partner B (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>)		Exact Date of Event (<i>Fecha Exacta del Evento</i>)
	Place of Event (City, Town) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)</i>)		County (<i>Condado</i>)
<input type="checkbox"/> DEATH (<i>DEFUNCIÓN</i>)	Name of Deceased (<i>Nombre del Fallecido</i>)		Social Security Number (<i>See Note</i>) (<i>[Numero de Seguro Social (Ver Indice)]</i>)
	Exact Date of Death (<i>Fecha Exacta del Evento</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)
	Place of Event (City/Town) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)</i>)		County (<i>Condado</i>)
Maiden Name of Deceased Individual's Mother (<i>Nombre Soltera de la Madre</i>)		Name of Deceased Individual's Father (<i>Nombre del Padre</i>)	

Application Check List: Have you enclosed and completed all required information?
 (*Lista Comprobada: ¿A Usted Incluido y Completado Toda la Información Requerida en la Aplicación?*)

All Items on Application (*Todo Artículos en la Aplicación*)
 Payment (*Pago*)
 Acceptable Forms of ID (*Identificación Aceptable*)
 Proof of Relationship (*Prueba de Parentesco*)
 Mailing Address Matches ID (*Dirección Postal Coincidente con ID*)

FOR STATE USE ONLY			
Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$ _____	ID Viewed: _____	Processed By _____