

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE NACIMIENTO
SECRETARIO DE DISTRITO & CONDADO DE HEMPHILL
P.O. BOX 867
400 MAIN STREET
CANADIAN, TX 79014

FECHA DE SOLICITUD:

MES DIA AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO:

CONDADO ESTADO

NOMBRE EN LA ACTA DE NACIMIENTO:

PRIMERO SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO:

MES DIA AÑO

MASCULINO FEMENINO

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE DE SOLTERA: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____
(EMPLEO, SEGURIDAD SOCIAL, REGISTRO PERSONAL, ETC.)

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

NOMBRE IMPRESO DEL SOLICITANTE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE: _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE (SI EL CERTIFICADO ES PARA OTRA PERSONA):

deseo hacer una contribución voluntaria de \$5.00 para promover la primera infancia saludable apoyando el Programa de Visitas a Domicilio de Texas administrado por la Oficina de Coordinación de la Primera Infancia de la Salud y los Servicios Humanos.

Advertencia: La pena por hacer a sabiendas una declaración falsa en este formulario puede ser de 2 a 10 años de prisión y una multa de hasta \$10,000. Una persona comete y ofende si la persona intencional o a sabiendas hace una declaración falsa de ordenar a otra persona que haga una declaración falsa en una solicitud de una copia certificada de los registros vitales [HSC§ 195.003 (a-4)]

.....
PARA USO DE OFICINA:

TARIFAS: \$23 EN OFICINA \$24 POR CORREO (\$1 Estampilla Postal) \$23 COPIAS ADICIONALES

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE: _____

REMOTO: Y / N

NÚMERO DE CERTIFICADO: _____

EMITIDO POR: _____

Dirección de devolución:

NOTARIZED PROOF OF IDENTIFICATION

PART I. ENTER NAME, DATE AND PLACE OF BIRTH/DEATH, AND NAMES OF PARENTS AS INFORMATION APPEARS ON BIRTH/DEATH CERTIFICATE			
FULL NAME OF PERSON ON RECORD		DATE OF BIRTH/DEATH	
PLACE OF BIRTH/DEATH (City or County)			SEX
FULL NAME OF PARENT 1		FULL NAME OF PARENT 2	

PART II. ENTER RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD AND THE TYPE OF ID USED.	
NAME AND RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD	TYPE AND NUMBER OF ID ACCEPTED WHEN NOTARIZED

AFFIDAVIT OF PERSONAL KNOWLEDGE

PART III. THIS SECTION MUST BE SIGNED IN THE PRESENCE OF A NOTARY PUBLIC.	
STATE OF _____	
COUNTY OF _____	
Before me on this day appeared _____ (Name)	
now residing at _____ (Address) (City) (State)	
who is related to the person named on Part I as _____ and who on oath deposes and (Relationship)	
says that the contents of this affidavit are true and correct.	
Signature _____	
Sworn to and subscribed before me, this _____ day of _____, 20 _____.	

(Seal)

Signature of Notary Public
Commission Expires
Typed or Printed Name
Street Address
City, State and Zip

WARNING: IT IS A FELONY TO FALSIFY INFORMATION ON THIS DOCUMENT. THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT ON THIS FORM OR FOR SIGNING A FORM WHICH CONTAINS A FALSE STATEMENT IS 2 TO 10 YEARS IMPRISONMENT AND A FINE OF UP TO \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)

MAIL THIS SWORN STATEMENT, APPLICATION, PAYMENT, AND A PHOTOCOPY OF YOUR VALID PHOTO ID TO:
 HEMPHILL COUNTY CLERK
 PO BOX 867
 CANADIAN, TX 79014

(APPLICATIONS WITHOUT THE SWORN STATEMENT AND PHOTO ID WILL NOT BE PROCESSED)