

SOLO PARA USO DE LA OFICINA



SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Remit No  
By ZZ 708-153

**SOLICITUD POR CORREO POSTAL DE ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN MEDIANTE SERVICIO AGILIZADO**

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE. INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CUANDO ENVÍE LA SOLICITUD.**

Haga los cheques o giros postales a nombre de: DSHS - Vital Statistics. Todos los fondos son depositados directamente al Interventor de Cuentas Públicas de Texas. El cargo por cualquier búsqueda en los archivos en la que no se encuentre ningún registro no es reembolsable ni transferible.

Table with columns for Actas de nacimiento and Actas de defunción, including Tipo, Costo X, # de copias, and Total. Includes a Total row and a checkbox for a \$5.00 voluntary contribution.

Deseo hacer una aportación voluntaria de \$5.00 dólares para la promoción de una primera infancia saludable mediante el apoyo al Programa de Visitas Domiciliarias de Texas, el cual es administrado por la Oficina de Coordinación de la Primera Infancia de Salud y Servicios Humanos.

**IDENTIFIQUE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN (Parte I)**

Form with fields for Name (First, Second, Last), Date of Birth/Death (Month, Day, Year), Sex, Location (City, County, State), and Parent Names (First, Second, Last).

**INFORMACIÓN SOBRE EL O LA SOLICITANTE (Parte II)**

Form with fields for Applicant Name, Phone Number, Email, Address (Street, City, State, Zip), Relationship, Purpose, and Mailing Address for copies.

**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE ANTE UN NOTARIO PÚBLICO) (Parte III)**

Notary Public section with fields for State, County, Applicant Name, Address, City, State, Relationship, Identification type, Applicant Signature, and Notary Public Signature/Name/ID/Commission/Address/Zip.

ADVERTENCIA: LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO ES UN DELITO GRAVE. LA PENA POR HACER DECLARACIONES FALSAS A SABIENDAS EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTenga DECLARACIONES FALSAS ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000 DÓLARES. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SECCIÓN 195.003).

ENVÍE POR CORREO POSTAL ESTA SOLICITUD, EL PAGO Y UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA VÁLIDA A:

Texas Vital Records Department of State Health Services

1100 W. 49th Street Austin, TX 78756

888-963-7111, extensión 6295, o 512-776-6295