



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: _____