

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN DE ARIZONA

Pima County Vital Records
3950 S. Country Club Rd.
Tucson AZ, 85714
(520)724-7770

<p>Envíe por correo a: Pima County Vital Records 3950 S. Country Club Rd. Tucson, AZ 85714</p> <p>Tarifas: \$20 por cada acta \$30 por corrección o cambios al Acta de Defunción</p> <p>No envíe EFECTIVO</p>	<p style="text-align: center; color: red;">LISTA DE VERIFICACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Copia fotostática de su identificación de gobierno (frente y reverso) o firma notariada</p> <p><input type="checkbox"/> No olvide firmar su aplicación</p> <p><input type="checkbox"/> Incluya un sobre pre-pagado con su dirección</p> <p><input type="checkbox"/> Incluya la tarifa correcta—Aceptamos cheque, giro postal y tarjeta de credito.</p> <p style="text-align: center; color: red;">NO ENVÍE EFECTIVO</p> <p><input type="checkbox"/> Incluya su comprobante de parentesco (acta de nacimiento, documentos certificados por corte, etc.)</p>
--	---

Solicitud	Fecha de Hoy	# de Copias Solicitadas	Método de pago	Cantidad Adjunta	Razon por Solicitud
-----------	--------------	-------------------------	----------------	------------------	---------------------

Información del Acta	La Copia(s) es para uso Gubernamental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Sí), ¿Qué Tipo de Reclamo?	Solicitudes Especiales (por ejemplo, con causa, pendiente, solicitud adicional)		
Nombre en el Acta de Defunción					
Primero		Segundo		Apellido(s)	
Fecha de Defunción		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Funeraria o Centro de Donación
Lugar de Defunción <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Otro _____ Ciudad Condado Estado					

Persona Solicitando Acta	Firma del Solicitante (Requerido)	Nombre completo del Solicitante: Primero, Segundo, Apellido(s)		
Celular/Número de Teléfono		Correo Electrónico		
Domicilio (Calle, Apt/Suite, Ciudad, Estado Código Postal)				
Relación a la Persona en el Certificado – Marque Una Opción *Provea prueba de parentesco				
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano/Hermana <input type="checkbox"/> Hijo adulto <input type="checkbox"/> Nieto adulto <input type="checkbox"/> Abuelo/s <input type="checkbox"/> Otro _____				

Pago con Tarjeta	Información de Pago		<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MC	**Debe incluir una copia de la identificación de gobierno, válida, con foto y firma de la persona nombrada en la tarjeta
_____ / _____ Número de Tarjeta Vencimiento de Tarjeta		_____ x _____ = \$ _____ # de Copias Cantidad		
Firma del proveedor de tarjeta				

Información Notarial	State of _____ County of _____ On this ____ day of _____, 20__ before me personally appeared _____ (name of signer), whose identity as proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to this document, and who acknowledge that he/she signed the above document. Notary Signature _____ My commission Expires _____	Affix Notary Stamp Below
----------------------	---	---------------------------------

Office Use Only	<input type="checkbox"/> ID Verified <input type="checkbox"/> Documents Verified <input type="checkbox"/> CC Holder's ID Verified Verification: <input type="checkbox"/> Process <input type="checkbox"/> Insufficient <input type="checkbox"/> Call Insufficient Reason: <input type="checkbox"/> No Fee/Incorrect Fee <input type="checkbox"/> Need Clear Copy of ID <input type="checkbox"/> Applicant Ineligible <input type="checkbox"/> Incorrect Payment Type <input type="checkbox"/> Need CC holder's ID w/Signature <input type="checkbox"/> Not an AZ Record <input type="checkbox"/> CC Expired/Declined <input type="checkbox"/> Need ID w/Signature <input type="checkbox"/> Need Documents <input type="checkbox"/> ID Expired/Invalid <input type="checkbox"/> Need Signature <input type="checkbox"/> Other _____	State File Number _____ D.A.V.E. ID _____ Date Entered _____ Date Issued _____ Serial Number _____ Receipt # _____
-----------------	--	---