

APLICACIÓN PARA ACTA DE DEFUNCIÓN - INSTRUCCIONES

Solo podemos proporcionar copias de muertes que ocurrieron dentro del condado de Colusa

CONDADO DE COLUSA

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR UN REGISTRO DE DEFUNCIÓN EN PERSONA

1. Vaya a la Oficina de Salud Publica del Condado De Colusa en la direccion, 251 E. Webster St, Colusa California.
2. Complete la Aplicación para Acta De Defunción; también puede obtener la aplicación en la oficina.
3. La oficina está abierta de las 8:30 hasta las 4:00, de lunes a viernes y durante la hora del almuerzo. La mayoría de solicitudes se pueden procesar en cuanto son sometidas. Los pagos deben de ser en la forma de dinero efectivo, cheque personal, giro postal, o money order. No se aceptan pagos con tarjeta de crédito, débito, o ATM.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR UN REGISTRO DE DEFUNCIÓN POR CORRERO

1. Complete la Aplicación para Acta De Defunción.
2. Solicitando copia certificada:

Autorizada: Se requiere el Reconocimiento de Notario.
Tiene que ser completado por un Notario.

Informativa: No se requiere el Reconocimiento de Notario.
Nota: Tenga en cuenta que es possible que una copia certificada informativa no sea aceptada en todos lugares. El solicitante tiene que determinar si necesita una copia Certificada Informativa o una copia Certificada Autorizada para sus necesidades.
3. Acta de Defunción es \$24 dólares por cada copia. Incluya un cheque o giro postal pagado a nombre de "Colusa County Public Health," por la cantidad apropiada.
4. Por favor incluya un sobre sellado auto dirigido para el servicio exacto. Permita al menos 7 días laborables para recibir su copia certificada en el correo.
5. Envíe la solicitud y pago a la siguiente dirección:

Colusa County Public Health
251 E. Webster St,
Colusa, CA 95932

Para servicio rapido:

Envie su solicitud completada y el pago por medio de un servicio express de correo. Incluya un sobre pagado de servicio express a su nombre y domicilio para retorno.

* Un individuo descrito en los párrafos (1) a (8), inclusive, de la subdivisión (a) del Código de Salud y Seguridad 7100.
Agente bajo poder notarial para el cuidado de la salud,
cónyuge sobreviviente competente,
hijo(a) adulto competente sobreviviente,
padre competente sobreviviente,
hermano adulto competente sobreviviente,
persona adulta competente sobreviviente, respectivamente, en los siguientes grados de parentesco,
tutor de la persona - de acuerdo con la Parte 3 de la División 4 del código de Sucesiones (com. §18100)
tutor de la sucesión - de conformidad con la Parte 3 de la División 4 del código de Sucesiones (com. §18100)

APLICACIÓN PARA ACTA DE DEFUNCIÓN

Cuota: \$24.00 por copia

Colusa County Public Health
251 E. Webster St, Colusa, CA 95932
Phone: (530) 458-0380 Fax: (530) 458-4136

Sección 103526 del Código de Salubridad y Seguridad solamente permite personas autorizadas definido a continuación para recibir copias autorizadas certificadas de registros vitales. Personas que no satisfagan los requisitos de una persona "autorizada" se le dará una copia informativa que tendrá lo siguiente escrito a través del frente del documento: "INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY" (documento informacional, no válido para establecer identidad).

¿Que tipo de copia esta pidiendo?:

AUTHORIZADO
complete 1, 2, y 4, y notarize si es por correo

INFORMACIONAL
complete 1, 2, y 3

1. Información de Acta de Defunción:

Apellido de difunto: _____, Primer y segundo nombre _____

Fecha de muerte _____ - _____ - _____ Numero de copias que pide: _____
Mes Día Año

2. Información del solicitante (Persona pidiendo/solicitando la acta):

Nombre del solicitante: _____ Numero de teléfono _____ - _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

3. COPIA INFORMACIONAL certificada:

Copias informacionales no requieren notarización y seran imprimidas con lo siguiente, en ingles, "INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY"

Sign here for an informational copy  _____
Firma del solicitante


4. COPIA AUTORIZADA certificada:

MARQUE LA CAJA QUE DESCRIBE SU RELACIÓN AL DIFUNTO

Si ninguna de estas relaciones aplica, no es elegible para recibir una copia autorizada y puede optar por una informativa

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) | <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Agente/Director de Funeraria (dentro del alcance de su empleo) |
| <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Compañero domestico | <input type="checkbox"/> Abuelo(a)/Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Un abogado representando al difunto o al patrimonio del difunto, o cualquier otra persona o agencia facultada por ley o designada por un tribunal para actuar en nombre del difunto o del patrimonio del difunto. |
| <input type="checkbox"/> Padre/Tutor Legal | <input type="checkbox"/> Agencia de Policía/Agencia Gubernamental | <input type="checkbox"/> Un individuo descrito en el párrafo (1) a (8), inclusive, de la subdivisión (a) de Código de salud y seguridad 7100. * Consulte la página 1 para obtener una lista de las personas |
| <input type="checkbox"/> Autorizado por orden de la corte | | |

CERTIFICACIÓN : Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que soy la persona autorizada de acuerdo al código de Salud y Seguridad de California, Sección 103526(c) a obtener una copia certificada de una acta de nacimiento o defunción de las persona indicada en la parte de arriba.

Declarado por mí el día _____ de _____, 20____, en _____  _____
Ciudad y estado Firma del solicitante

NOTARY ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of _____) ss.

County of _____)

On _____ before me, _____ (insert name and title of the officer) personally appeared _____, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

(seal)

Signature _____