

Ciudad de San Antonio - Oficina de la Secretaría de la Ciudad – División de Registros Vitales



Envíe esta solicitud **Notariada, Copia de Identificación Válida y Cheque Personal con copia de Identificación válida del titular de cheque o Money Order** pagadero a la Ciudad de San Antonio a la siguiente dirección:
 Departamento de Registros Vitales – 719 S. Santa Rosa, San Antonio, TX 78204.
Se requiere prueba de relación para los solicitantes.
Para preguntas o asistencia, contáctenos al (210)-207-8781.

OFFICE USE ONLY

File No: _____

Sheet No: _____

Solicitud por Correo para Certificado De Defunción

EL PAGO TOTAL DEBE INCLUIR: TARIFA DE CERTIFICADO, TARIFA DE ENVÍO Y COSTOS ADICIONALES SI SE SELECCIONA (COPIAS ADICIONALES / CUBIERTAS DE LÁMINAS DE PLÁSTICO).

Todos los fondos se depositan en las cuentas de la Ciudad de San Antonio.

Tipo	# de copias	Costo	Cantidad
Copia certificada (1 copia, SOLO muertes ocurridas en el condado de Bexar)		\$21.00	A.
Copias certificadas adicionales		\$4.00	B.
Protector de Plástico		\$2.00	C.
Envío estándar (3-5 días hábiles) REQUERIDO PARA TODO LOS PEDIDOS POR CORREO.			D. \$14.50
Total: Combine todas las cantidades de las áreas A, B, C y D, e ingrese el total en el área E.			E.

INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (Parte I) –SE REQUIERE FECHA DE FALLECIMIENTO

Nombre completo de la persona en el registro	Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido
Fecha de fallecimiento	Mes	Día	Año
Lugar de la muerte	Ciudad o Pueblo	Condado	Estado
Nombre Completo del Padre 1	Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido/Apellido de soltera
Nombre Completo del Padre 2	Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido/Apellido de soltera

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Parte II) – Persona que solicita el certificado de defunción

Nombre del solicitante	Teléfono	Correo electrónico
Dirección postal completa	Ciudad	Estado
		Código Postal
Relación con la persona mencionada anteriormente:	Razón por la solicitud de este registro:	
<input type="checkbox"/> Autorizo el envío por correo a la siguiente dirección. He verificado que la siguiente dirección recibirá mi pedido.		
Nombre de la persona que recibe copias, si es diferente del solicitante		
Dirección postal para copias, si es diferente del solicitante		
Ciudad	Estado	Código Postal

DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO) (Parte III)

ESTADO DEL _____ CONDADO DE _____ Ante mí en este día apareció _____ (Nombre del solicitante)

ahora residiendo en _____ (Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal)

que está relacionado con la persona nombrada en la Parte I como _____ and que bajo juramento depone y dice que el contenido de esta declaración jurada es verdadero y correcto. _____ (Relación)

El solicitante presentó el siguiente tipo y número de identificación: _____

Firma del solicitante _____

Juramentado y suscrito ante mí, este ____ día del _____, 20____.

(Sello) Firma del Notario Público e Identificación del Notario _____

Nombre mecanografiado o impreso: _____

La comisión expira: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Zip: _____

ADVERTENCIA: ES UN DELITO GRAVE FALSIFICAR INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO. LA PENA POR HACER UNA DECLARACIÓN FALSA A SABIENDAS EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$ 10,000. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SEC. 195.003