

Laura Richard, Fort Bend County Clerk
Mailing Address: 301 Jackson Street, Suite 101 Richmond, Texas 77469
Phone: (281) 341-8685 • Fax: (281) 341-8669 • Email: cclerkrecords@fbctx.gov

APLICACION PARA LA ACTA DE NACIMIENTO O EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(APPLICATION FOR BIRTH OR DEATH CERTIFICATE)

ACTA DE NACIMIENTO (BIRTH CERTIFICATE)

Número de copias certificadas _____
 (Number of copies)
 @ \$23.00 cada uno (@ \$23.00 each)= _____

USE LETRA DE MOLDE
 (PLEASE PRINT)

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (DEATH CERTIFICATE)

Número de copias Certificadas (Number of copies) _____
 \$21.00 La primer copia (\$21.00 First copy)
 \$4.00 Las copias adicionales de mismo pedido
 (\$4.00 additional copies of same record/same request)

Por favor marque esta casilla para hacer una contribución voluntaria de \$5 a promover
 saludable de la niñez temprana. (HSC 191.0048)

*La tarifa de búsqueda para actas de nacimiento o muerte no es reembolsable (TAC 25 Chapter 181)

(NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES O COMERCIALES)

1. Nombre completo en el certificado: (Full name on certificate)	Primer Nombre (First Name)	Segundo Nombre (Middle Name)	Apellido (Last Name)
2. Fecha de nacimiento/ fallecido: (Date of birth/death)	Mes (Month)	Día (Day)	Año (Year) 3. El Sexo (Sex)
4. Lugar del nacimiento/ donde falleció (Place of birth/death)	Ciudad (City)	Condado (County)	Estado (State)
5. Nombre completo del padre (Father's full name)	Primer Nombre (First Name)	Segundo Nombre (Middle Name)	Apellido (Last Name)
6. Nombre completo de la madre, antes de casarse (Mother's maiden name)	Primer Nombre (First Name)	Segundo Nombre (Middle Name)	Apellido (Maiden Name)

7. Nombre del solicitante (Applicant's name): _____

8. Su relación a la persona nombrada en artículo 1 (Relationship to person named in item 1): _____

9. Dirección del aplicante: _____
 Dirección (Address) Ciudad (City) Estado (State) Zona Postal (Zip)

10. Número de teléfono (Phone Number): (_____) _____ Correo Electrónico (Email): _____

11. ¿Propósito de obtener este registro? (Purpose for obtaining this record): _____

12. La información de identificación adicional para el certificado de defunción. (Additional identifying information for death certificate)

El número del seguro social de difunto (Social security number of deceased) _____

Fecha de nacimiento (Date of Birth) _____ Lugar de nacimiento (Place of Birth) _____

ADVERTENCIA: LA PENA POR HACER UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTA FORMA ES DE 2 A 10 AÑOS EN PRISIÓN Y UNA MULTA HASTA \$10,000.
(CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SEC 195.003)

WARNING: THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT IN THIS FORM CAN BE 2-10 YEARS IN PRISON AND A FINE OF UP TO \$10,000.
 (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)

 FIRMA DEL APPLICANTE (APPLICANT'S SIGNATURE)

 FECHA DEL APLICACION (DATE OF APPLICATION)

**»»SI SOLICITA POR CORREO FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA VALIDA Y LEGIBLE
 DE LA IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE Y LA DECLARACIÓN JURADA ADJUNTA NOTARIZADA««**

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA (OFFICE USE ONLY)

CERT #(S) _____

AMOUNT \$ _____

DATE _____

CASH__ CREDIT__ OTHER__

RECEIPT # _____

DOCUMENT CONTROL # _____

BY _____

EXP _____

IDENTIFICATION TYPE (DL, ID CARD, ETC.)

NUMBER (ON DL, ID CARD, ETC.)

DOB _____

La declaración jurada notarizada no es necesaria para procesar la solicitud en persona. Para aplicar en persona puede visitar una de nuestras oficinas:

TRAVIS ANNEX
301 Jackson Ste 136
Richmond Texas 77469

MISSOURI CITY ANNEX
307 Texas Pkwy Ste 102
Missouri City Texas 77489

KATY ANNEX
22333 Grand Corner Dr Ste 104
Katy Texas 77494

SIENNA ANNEX
5855 Sienna Springs Way Ste 118
Missouri City Texas 77459

SUGAR LAND ANNEX
151 Stadium Drive Ste 168
Sugar Land Texas 77498

LAS INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION PARA UNA COPIA CERTIFICADA DE UNA ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION

Indique el número de registros solicitado y compute la cantidad de dinero para ser mandada. **POR FAVOR NO MANDE EL DINERO EFECTIVO POR EL CORREO.** Sugerimos que usted manda un giro postal hecho pagadero a: **FORT BEND COUNTY CLERK.** No aceptan cheques.

- El artículo 1. Nombre en el registro:
Indica el **NOMBRE COMPLETO** de la persona mostrada en el registro para ser solicitada.
- El artículo 2. La fecha del acontecimiento: (La fecha del Nacimiento O la Muerte)
Da la fecha exacta del nacimiento o el día que la persona murió. (Si usted no sabe la fecha exacta de la muerte, entonces da la fecha que la persona era última conocido a estar vivo.)
- El artículo 3. El sexo:
Entra Masculino o Femenino.
- El artículo 4. El lugar del acontecimiento:
Indica el nombre de la ciudad o el condado en el que el nacimiento o la muerte ocurrieron. (Si usted no sabe el lugar exacto de la muerte, muestra la última dirección conocida cuando la persona estaba viva.)
- El artículo 5. El nombre completo del Padre:
Da el nombre y apellidos del padre de la persona mostrada en el registro.
- El artículo 6. El nombre completo de la Madre:
Da el **APELLIDO DE SOLTERA REPLETO** de la madre de la persona mostrada en el registro.
- El artículo 7. El nombre del solicitante:
Da **SU** nombre completo.
- El artículo 8. La relación a la persona nombrada en el registro:
Indica cómo usted es relacionado a la persona mostrada en el registro.
- El artículo 9. Dirección de envío:
Nos da la dirección más reciente del solicitante.
- El artículo 10. El número de teléfono:
Nos da el número de teléfono con el código postal donde usted se puede alcanzar entre las horas de 8 de la mañana y 5 de la tarde, el lunes por el viernes.
- El artículo 11. El propósito para obtener el registro:
Indica la razón o el propósito para que usted solicita este registro.
- El artículo 12. La INFORMACION DE IDENTIFICACION ADICIONAL PARA el CERTIFICADO DE DEFUNCION:
Esta información adicional ayuda nuestro personal a identificar positivamente un registro cuándo fechas exactas, los lugares y deletreando del nombre (nombres) no son sabidos para un certificado de defunción:
El Número del seguro social
Fecha de nacimiento o defunción
Lugar de nacimiento difunto de la difunta
Cualquier otra información que sería útil en identificar el registro de un individuo.

NOTA: LOS CARGOS SON SUSCEPTIBLES DE CAMBIAR SIN NOTA (LLAMEN 281-341-8685 PARA LA COMPROBACION DEL CARGO). EL CARGO PENETRANTE NO ES REEMBOLSABLE INCLUSO SI UN REGISTRO NO SE ENCUENTRE. LOS REGISTROS DEL NACIMIENTO SON CONFIDENCIALES DURANTE 75 AÑOS Y LOS REGISTROS DE LA MUERTE SON CONFIDENCIALES DURANTE 25 AÑOS; POR LO TANTO EMISION ES RESTRINGIDA. OTROS REGISTROS PUEDEN SER OBTENIDOS CUANDO INFORMACION SUFICIENTE PARA LA IDENTIFICACION SE PROPORCIONA. UNA FOTO VALIDA DE IDENTIFICACIÓN SE REQUIERE ANTES DE EL SERVICIO RECIPIENTE. UNA FOTOCOPIA DE UNA FOTO VALIDA DE IDENTIFICACIÓN DEBE ACOMPAÑAR LA APLICACION AL VOLVER POR EL CORREO O EL FAX. EL FRACASO PARA PROPORCIONAR IDENTIFICACION REQUERIDA PUEDE CAUSAR QUE SU PEDIDO SEA RECHAZADO.

NOTARIZED PROOF OF IDENTIFICATION

Please complete this form if applying for certified copy of birth or death certificate by mail.

PART I. ENTER NAME, DATE AND PLACE OF BIRTH/DEATH, AND NAMES OF PARENTS AS INFORMATION APPEARS ON BIRTH/DEATH CERTIFICATE		
FULL NAME OF PERSON ON RECORD	DATE OF BIRTH/DEATH	
PLACE OF BIRTH/DEATH (City or County)	SEX	
FULL NAME OF PARENT 1	FULL NAME OF PARENT 2	

PART II. ENTER RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD AND THE TYPE OF ID USED.	
NAME AND RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD	TYPE AND NUMBER OF ID ACCEPTED WHEN NOTARIZED

AFFIDAVIT OF PERSONAL KNOWLEDGE

PART III. THIS SECTION MUST BE SIGNED IN THE PRESENCE OF A NOTARY PUBLIC.			
STATE OF _____			
COUNTY OF _____			
Before me on this day appeared _____			
(Name)			
now residing at _____			
(Address)	(City)	(State)	(Zip Code)
who is related to the person named on Part I as _____ and who on oath deposes and			
(Relationship)			
says that the contents of this affidavit are true and correct.			
Signature of Affiant _____			
Sworn to and subscribed before me, this _____ day of _____ 20 ____ .			

(Seal)

Signature of Notary Public
Commission Expires
Type or Printed Name
Notary Identification

WARNING: IT IS A FELONY TO FALSIFY INFORMATION ON THIS DOCUMENT. THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT ON THIS FORM OR FOR SIGNING A FORM WHICH CONTAINS A FALSE STATEMENT IS 2 TO 10 YEARS IMPRISONMENT AND A FINE UP TO \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)

**MAIL THIS SWORN STATEMENT, APPLICATION, PAYMENT AND A PHOTOCOPY OF YOUR VALID PHOTO ID TO:
FORT BEND COUNTY CLERK
301 JACKSON STREET, 101
RICHMOND, TEXAS 77469**

(APPLICATIONS WITHOUT THE SWORN STATEMENT AND PHOTO ID WILL NOT BE PROCESSED)