

Benton-Franklin Health District
Vital Records Office
7102 West Okanogan Place
Kennewick, WA 99336
(509) 460 4204 Fax (509) 460 4587



APLICACION DE ACTA DE NACIMIENTO

(Uso solo para personas nacidas en el Estado de Washington después de 1922)

Por favor devuelva esta aplicación al Departamento de Salud de Benton Franklin o envíe a la dirección de arriba con los honorarios apropiados. Por favor permita 2 semanas de la fecha de nacimiento para un recién nacido antes de ordenar una copia certificada.

Fecha de hoy: _____

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO: _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
Mes Día Año (Hospital o Ciudad)

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellido

NOMBRE COMPLETO de la Madre antes de casarse: _____
Primer Nombre Apellido de Soltera

PERSONA RECOJIENDO U ORDENANDO EL CERTIFICADO DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE PARA PROPOSITO DE IDENTIFICACION:

SU NOMBRE: _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellido

SU DOMICILIO: _____
Calle Ciudad

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Seguro Social #: _____

NO ACEPTAMOS CHEQUES PERSONALES – Certificados son \$20 por copia.

Cantidad de copias: ____ METODO DE PAGO: Efectivo ____ Tarjeta de Crédito ____ Cheque de cajero/Orden de dinero ____

FIRMA DE LA PERSONA PIDIENDO EL ACTA: _____

Para fax or correo SOLAMENTE

CANTIDAD: _____ TARJETA DE CREDITO #: _____ FECHA DE EXPIRACION: _____

IMPRIME NOMBRE: _____ Firma De La Persona Pidiendo El Acta: _____
(Debe ser la misma persona que solicita el certificado)

***** **BELOW FOR VITAL RECORDS OFFICE USE** *****

Date: _____ # Copies: _____ Account #: _____ Receipt #: _____

Paper Certificate Number(s): _____ to _____ & _____

C = Counter ____ M = Mailed ____ F = Faxed ____ X = Expedited (Fed Ex) ____ Pick Up #: _____