



**SOLICITUD DE UNA COPIA DEL CERTIFICADO
DE DEFUNCION CERTIFICADA O DE VERIFICACIÓN**

| | |
|-------------------------|---|
| Número de copias | TARIFA PARA UNA COPIA EL CERTIFICADO DE MUERTE CERTIFICADA |
| | \$25.00 por certificado en Carson City, Clark, Douglas, Lyon, Mineral y Washoe. \$22.00 por certificado en todos otras lugares |
| X | Tipo de certificado de <i>(Por favor marque una casilla de tipo abajo)</i> |
| | Certificado (s) a leer como "Madre / Padre" |
| | Certificado (s) para leer "Padre / Madre" |
| X | VERIFICACIÓN SÓLO Comprueba la existencia de un registro con el estado de Nevada y no incluye una copia certificada. |

Por favor hacer el pago al nombre de: Office of Vital Records/ Oficina de registros civiles. Cheques, o Money Orders, y tarjetas de crédito son aceptadas. Por favor incluya la autorización para el uso de la tarjeta de crédito al pagar con tarjeta de crédito

FOTOCOPIA DE IDENTIFICACIÓN CON LA FOTO, LA PRUEBA DE RELACIÓN Y EL PAGO COMPLETO SE REQUIERE PARA OBTENER EL CERTIFICADO O VERIFICACIÓN

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Nombre de la persona en el certificado: | | |
| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido completo |
| Fecha de la fallecimiento | Lugar de la muerte | Número de seguro social |
| Nombre de sus padres primero y apellido | | Nombre de Soltera |
| Nombre de la funeraria | | |

NRS 440.650 y NAC 440.070 requiere al solicitante establecer una relación directa por sangre o matrimonio, una relación jurídica o la necesidad de facilitar un proceso legal para recibir una copia certificada de un registro. A continuación, indique su relación o su necesidad jurídica de este registro. Favor de proveer comprobantes como un certificado de nacimiento o una orden judicial. **La solicitud será rechazada si no es suficiente prueba.** Visite nuestro sitio web mencionado para obtener más información sobre la prueba requerida.

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Relación y motivo de solicitud | | |
| Nombre del solicitante (imprima por favor) | Firma del solicitante | |
| Dirección completa | Numero de teléfono (U.S.A solamente) | |

FOR OFFICE USE ONLY

Receipt number: _____ Date: _____

ALL IN GOOD HEALTH.