

En Persona: \$25.00 en efectivo

Por Correo: \$25.00 giro postal a nombre de "Princeton Health Dept."

SE REQUIERE PRUEBA DE IDENTIDAD

Por orden de la directiva Ejecutiva #18, se le dará una copia certificada solamente a esas personas que tienen una unión directa al individuo nombrado en el registro (**madre, padre, hermano(a), esposo(a) actual, tutor o representante legal, o orden judicial**), siempre y cuando el solicitante pueda identificar el record. La copia certificada tendrá un sello y servirá para asuntos legales.

1. INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE			
Nombre/Apellido de la persona que está solicitando el certificado			Fecha de Hoy
Dirección			Su Relación con el Inscrito
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Su Firma			
¿Para qué necesitas esta copia certificada?			
<input type="checkbox"/> 1 ^{ra} vez que se pide	<input type="checkbox"/> Para obtener identificación	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Viajar	<input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Escuela/Deportes	<input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano	<input type="checkbox"/> Aprobación de vivienda	
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Targeta de Seguro Social/Beneficios	<input type="checkbox"/> Genealogía	
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Welfare/Medicare/Medicaid	<input type="checkbox"/> Se perdió	
2. INFORMACION SOBRE EL NACIMIENTO			
Nombre/Apellido del niño/niña			Número de copias
Lugar del Nacimiento (Ciudad)			Fecha exacta del Nacimiento
Nombre/Apellido del Padre (si aparece en el acta)			
Nombre/Apellido de la Madre (de soltera)			