

PORT ARTHUR HEALTH DEPARTMENT
 ATTN: VITAL STATISTICS
 Port Arthur, Texas 77640
 449 Austin Avenue
 (409)983-8853
www.portarthur.net



Application for Certified Copy of Birth/Death Certificate
 (Aplicación para copia certificada de acta de Nacimiento/Fallecimiento)

FOR SERVICE BY MAIL: SUBMIT CHECK OR MONEY ORDER PAYABLE TO: CITY OF PORT ARTHUR TO ABOVE ADDRESS

BIRTH

#REQUESTED _____
 _____ CERTIFIED COPIES X \$22.00= _____
TOTAL ENCLOSED = _____

DEATH

#REQUESTED _____
 _____ CERTIFIED COPIES X \$20.00= _____
 _____ EXTRA COPIES X \$3.00 = _____
TOTAL ENCLOSED = _____

ADD'L DEATH CERTIFICATE IDENTIFYING INFORMATION:

SOCIAL SECURITY NUMBER OF DECEASED: _____
 BIRTHDATE OF DECEASED: _____

RECORD INFORMATION

1. FULL NAME OF PERSON ON THE RECORD (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA EN EL REGISTRO):	
2. DATE OF: _____ BIRTH _____ DEATH _____ (FECHA DE NACIMIENTO/FALLECIMIENTO) MONTH (MES) DAY (DIA) YEAR (ANO)	3. SEX (SEXO): _____ MALE (MASCULINO) _____ FEMALE (FEMENINO)
4. PLACE OF BIRTH (LUGAR DE NACIMIENTO): _____ or/o _____ DEATH (LUGAR DE FALLECIMIENTO): _____ CITY (CIUDAD) COUNTY (CONDADO) STATE (ESTADO) TEXAS	
5. FULL NAME OF FATHER (NOMBRE DE PADRE):	6. MOTHER'S FULL MAIDEN NAME (NOMBRE DE MADRE SOLTERA):

APPLICANT INFORMATION

Warning: The penalty for knowingly making a false statement in this form can be 2-10 years in prison and a fine up to \$10,000.
Precaución: Es castigo, al dar información falsa en esta aplicación, pudiendo ser de 2 a 10 años en prisión y una multa hasta \$10,000.
(HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SECTION 195.003)

7. NAME OF APPLICANT (NOMBRE DE APLICANTE):	8. PHONE NUMBER (NUMERO DE TELEFONO): () -
9. MAILING ADDRESS (DIRECCION DE DOMICILIO): STREET OR P.O. BOX CITY STATE ZIP	
10. RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD (PARENTESCO A LA PERSONA EN EL REGISTRO): MARK ONE (Marque uno): <input type="checkbox"/> SELF (YO MISMO) <input type="checkbox"/> MOTHER (MADRE) <input type="checkbox"/> FATHER (PADRE) <input type="checkbox"/> SISTER (HERMANA) <input type="checkbox"/> BROTHER (HERMANO) <input type="checkbox"/> GRANDMOTHER (ABUELA) <input type="checkbox"/> GRANDFATHER (ABUELO) <input type="checkbox"/> OTHER-SPECIFY (ORTA-ESPECIFICAR): _____	
11. PURPOSE OF OBTAINING THIS RECORD (LA RAZON PORQUE NECESITA EL REGISTRO): MARK ONE (Marque uno): <input type="checkbox"/> TRAVEL (VIAJE) <input type="checkbox"/> SCHOOL (ESCUELA) <input type="checkbox"/> D.L./ I.D. (LICENCIA O IDENTIFICACION) <input type="checkbox"/> PASSPORT (PASAPORTE) <input type="checkbox"/> INSURANCE (ASEGURANZA) <input type="checkbox"/> JOB (TRABAJO) <input type="checkbox"/> PERSONAL RECORD (REGISTROS PERSONALES) <input type="checkbox"/> GENEALOGY (GENEALOGIA) <input type="checkbox"/> OTHER-SPECIFY (OTRA ESPECIFICAR): _____	

Birth records are confidential for 75 years and death for 25 years; therefore, issuance is restricted. Administrative rules require that on restricted records, all identifying information (items 1-6), relationship (item 10), and purpose (item 11) be provided in order to issue the record.

Las actas de nacimiento son confidenciales hasta 75 años, actas de defunción hasta 25 años. Por esa razón la edición es restringida reglas administrativas requieren para registros restringidos. Toda la información identificada (líneas 1-6), relación (línea 10), propósito (línea 11) en orden para obtener registro.

_____ **INITIALS (INICIALES)**

SIGNATURE (FIRMA) DATE (FECHA) IDENTIFICATION NUMBER & TYPE (NUMERO & TIPO DE IDENTIFICACION)

****ATTACH A PHOTOCOPY OF YOUR VALID DRIVER LICENSE, STATE I.D. OR 3 DIFFERENT DOCUMENTS WITH YOUR NAME TO THE APPLICATION**
****DEBERA SER INCLUIDA FOTOCOPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR VALIDA O IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA O TRES DOCUMENTS CON SU NOMBRE.**

FOR OFFICE USE ONLY

CK/MO#: _____ Amount: \$ _____

CLERK: _____ Rec'd _____ PAPER NUMBER: _____