

**Will County Health Department
and Community Health Center
501 Ella Avenue Joliet, IL 60433**

Email address: vitalrecords@willcountyhealth.org

HOURS OF OPERATION
Monday-Friday 8:30am-4:00pm
(Closed daily Noon to 1pm)
Holiday Exceptions
OFFICE: 815-727-8639
FAX: 815-846-1556

REGISTRO CIVIL: SOLICITUD DE UNA COPIA CERTIFICADA DE UNA ACTA DE NACIMIENTO

Se requiere una licencia de conducir válida, identificación del estado, Matrícula Consular o Pasaporte con su solicitud. Por favor tenga en cuenta que la información disponible está sujeta a las limitaciones impuestas por la División de Registros vitales del Estado de Illinois.

NOMBRE COMPLETO EN EL ACTA:

NOMBRE _____ 2o NOMBRE _____ APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ HOSPITAL _____

¿CUÁL ES LA RELACIÓN CON LA PERSONA NOMBRADA EN EL ACTA? _____

NOMBRE ACTUAL DE LA MADRE:

NOMBRE _____ 2o NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE:

NOMBRE _____ 2o NOMBRE _____ APELLIDO _____

NOMBRE ACTUAL DEL PADRE O DE LA MADRE:

NOMBRE _____ 2o NOMBRE _____ APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SU INFORMACIÓN:

NOMBRE _____ #DE TELEFONO _____ DOMICILIO _____ # CIUDAD,
ESTADO, CODIGO POSTAL _____

PRECIO DE COPIAS CERTIFICADAS: 1 copia = \$12.00 y \$4.00 por cada copia certificada de la misma acta que adquiera al mismo tiempo. 1 copia=\$12.00, 2 copias=\$16.00, 3 copias=\$20.00, 4 copias=\$24.00, etc.. No se aceptarán cheques personales para aquellas personas que viven fuera del estado. El nombre y dirección en su cheque personal debe coincidir con la información en su identificación. El uso de una tarjeta de crédito o débito añade un costo adicional. **Número de copias solicitadas?** _____

Declaración jurada: Bajo pena de perjurio, afirmo que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Do no write below this line

Sólo para uso de la oficina:

JM / MM

AMT PAID _____

CA / MO / CC / CK# _____ RECT_ (Revised September

2020)