



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 DEFUNCIÓN

Se requiere una licencia de conducir válida, identificación del estado, Matrícula Consular o Pasaporte con su solicitud.

NOMBRE COMPLETO DEL DIFUNTO:

NOMBRE _____ 2o NOMBRE _____ APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE DEFUNCIÓN _____

LUGAR DE DEFUNCIÓN _____

¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL DIFUNTO O PARA QUÉ NECESITA LAS COPIAS?

SU INFORMACIÓN:

NOMBRE _____ 2o NOMBRE _____ APELLIDO _____

DOMICILIO _____ CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____

DE TELEFONO _____

PRECIO DE COPIAS CERTIFICADAS: 1 copia = \$16.00 y \$8.00 por cada copia certificada adicional del mismo certificado que adquiera al mismo tiempo. 1 copia=\$16.00, 2 copias=\$24.00, 3 copias=\$32.00, 4 copias=\$40.00, etc. A c e p t a m o s cheques personales: pagaderos a Will County Health Dept.. 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 mayor de mi conocimiento.

FIRMA _____ **FECHA** _____

----- Do not write below this line -----

Sólo para uso de la oficina:

JM / EL

AMT PAID _____

CA / MO / CC / CK# _____

RECT _____

(Revised March 2024)