

**New Jersey Department of Health and Senior Services
Vital Statistics and Registration
P.O. BOX 370
Trenton, NJ 08625-0370**

**APPLICATION FOR A GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD
APLICACIÓN POR UNA COPIA CERTIFICADA Ó CERTIFICACIONES DE UN REGISTRO CIVIL ANCESTRO**

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy. (<i>Quiero una copia certificada.</i>)			If available, I prefer the format of the certified copy to be: (<i>Prefiero:</i>)		
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal. (<i>Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.</i>)			<input type="checkbox"/> Computer Generated copy of original. (<i>Copia del Original- Generado por Computadora</i>)		
<input type="checkbox"/> I would like a Certification. (<i>Quiero una certificación.</i>)			<input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. (<i>Imagen Digital/Fotocopia del Original</i>)		
Name of Applicant (<i>Nombre de Apicante</i>)		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) (<i>Relación al individuo [Prueba es requerida para copia certificada.]</i>)		Reasons for Request: (<i>Motivo de solicitud</i>)	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) (<i>Dirección Postal (Debe coecondir con identificación)</i>)				<input type="checkbox"/> Genealogy (<i>Ancestral</i>)	
City (<i>Ciudad</i>)	State (<i>Estado</i>)	Zip Code (<i>Codigo Postal</i>)	Daytime Telephone Number (<i>Número Telefónico</i>)		
Applicant's Signature (<i>Firma del Apicante</i>)			Date of Application (<i>Fecha</i>)		
			<input type="checkbox"/> Dual Citizenship (<i>Doble Ciudadania</i>)		
			<input type="checkbox"/> Estate Matters (<i>Cuestiones de Herencia</i>)		
			<input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>) _____		

<input type="checkbox"/> BIRTH (<i>NACIMIENTO</i>) (over 80 years ago) (<i>más de 80 años</i>)	Full Name of Child at Time of Birth (<i>Nombre Completo al Nacer</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)		
	Place of Birth (City, Town) (Optional) (<i>Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)</i>)	County (<i>Condado</i>)	Date of Birth or Year(s) to be searched (<i>Fecha de Nacimiento ó años de busqueda</i>)		
	Child's Mother's Full Maiden Name (Optional) (<i>Nombre completo de soltera de la Madre</i>)		Child's Father's Name (Optional) (<i>Nombre del Padre</i>)		
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: (<i>Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado:</i>)				
<input type="checkbox"/> MARRIAGE (<i>MATRIMONIO</i>) (over 50 years ago) (<i>más de 50 años</i>)	Name of Husband (<i>Nombre de Esposo</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)		
	Maiden Name of Wife (<i>Nombre Soltera de Esposa</i>)		Date of Event or Year(s) to be searched (<i>Fecha del Evento ó años de busqueda</i>)		
	Place of Event (City, Town) (Optional) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)</i>)		County (<i>Condado</i>)		
<input type="checkbox"/> DEATH (<i>DEFUNCIÓN</i>) (over 40 years ago) (<i>más de 40 años</i>)	Name of Deceased (<i>Nombre del Fallecido</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)		
	Place of Event (City/Town) (Optional) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)</i>)	County (<i>Condado</i>)	Date of Death or Year(s) to be searched (<i>Fecha de muerte ó años de busqueda</i>)		
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother (Optional) (<i>Nombre Soltera de la Madre</i>)		Name of Deceased Individual's Father (Optional) (<i>Nombre del Padre</i>)		

Application Check List: Have you enclosed and completed all required information?
(*Lista Comprobada: ¿A Usted Incluido y Completado Toda la Información Requerida en la Aplicación?*)

- All Items on Application (*Todo Articulos en la Aplicación*)
 Payment (*Pago*)
 Acceptable Forms of ID (*Identificación Aceptable*)
 Proof of Relationship (*Prueba de Parentesco*)
 Mailing Address Matches ID (*Dirección Postal Coincidente con ID*)

FOR STATE USE ONLY			
Payment Type:	Payment Amount:	ID Viewed:	Processed By
<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	\$		