

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

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

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 Artículos 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: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By