

TOWNSHIP OF QUINTON
VITAL STATISTICS APPLICATION FORM
PO BOX 65
QUINTON, NJ 08072

APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD
APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS Ó CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-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"/> Computer Generated copy of original. <i>(Copia del Original-Generado por Computadora)</i> <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. <i>(Imagen Digital/Fotocopia del Original)</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"/> I would like a Certification . <i>(Quiero una certificación.)</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>	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i>			
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	Reasons for Request: <i>(Motivo de solicitud)</i> <input type="checkbox"/> Passport <i>(Pasaporte)</i> <input type="checkbox"/> Driver's License <i>(Licencia de Conducir)</i> <input type="checkbox"/> School/Sports <i>(Escuela/Deportes)</i> <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits <i>(Beneficios veteranos)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Card <i>(Tarjeta Seguro Social)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Disability <i>(SSI / Incapacidad)</i> <input type="checkbox"/> Other SS Benefits <i>(Otros beneficios de seguro social)</i> <input type="checkbox"/> Medicare <i>(Medicare)</i> <input type="checkbox"/> Welfare <i>(Asistencia Pública)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i>
Daytime Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i>		Date of Application <i>(Fecha)</i>	
Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i>			

<input type="checkbox"/> BIRTH <i>(NACIMIENTO)</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) <i>[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	Exact Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>
	Child's Mother's Full Maiden Name <i>(Nombre completo de soltera de la Madre)</i>	Child's Father's Name (if on record) <i>[Nombre del Padre (si esta registrado)]</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> <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i> <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</i>	Name of Husband/ Partner <i>(Nombre de Esposo/Pareja)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Maiden Name of Wife/ Partner <i>(Nombre Soltera de Esposa/Pareja)</i>		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>
	Place of Event (City, Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</i>		Social Security Number <i>(See Note)</i> <i>[Numero de Seguro Social (Ver Indice)]</i>
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother <i>(Nombre Soltera de la Madre)</i>		Name of Deceased Individual's Father <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?)

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> All Items on Application
<i>(Todo Articulos en la Aplicación)</i> | <input type="checkbox"/> Payment
<i>(Pago)</i> | <input type="checkbox"/> Acceptable Forms of ID
<i>(Identificación Aceptable)</i> | <input type="checkbox"/> Proof of Relationship
<i>(Prueba de Parentesco)</i> | <input type="checkbox"/> Mailing Address Matches ID
<i>(Dirección Postal Coincidente con ID)</i> |
|---|---|--|---|---|