|  |
| --- |
| State ID Copy /Office Use Only |

A logo with a person's hand holding a cup

Description automatically generatedCantidad:

815 N. Broadway Ave.

Tyler, TX 75702

[www.healthyeasttx.org](http://www.healthyeasttx.org)

903-535-0030

[www.hehyeasttx.org](http://www.hehyeasttx.org)

\_\_\_\_\_\_ Protector de Plástico $1 cada

\_\_\_1\_\_ Certificado Inicial $21

\_\_\_\_\_\_ Cada Certificado Adicional $4

\*No se regresara los $20 que se aplicará para todos los registros de defunción que no se encuentran.\* Health & Safety Code §191.0045 (a)(1), (e)(3)

Información de Registro de Defunción

Aplicación Certificado de Defunción

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo | Primero: | | Medio: | | Apellido: |
| Fecha de Muerte | Mes: | Dia: | | Año: | Sexo: |
| Lugar de la Muerte | City/Town:  \*\*\*Sólo Tyler\*\*\* | | County:  \*\*\*Sólo Smith\*\*\* | | State:  \*\*\*Sólo Texas\*\*\* |
| Nombre Completo de Soltera de la Madre | Primero: | | Medio: | | Soltera: |
| Nombre Completo del Padre | Primero: | | Medio: | | Appellido: |

Información del Solicitante

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo es su relación con la persona en el registro? (círculo): Esposa, Hijo, Hija, Hermano, Hermana, Padre, Abuelo, Otro (explicar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El objetivo principal para obtener este registro (círculo): Uso Personal, Seguro, Cerrar Cuentas, Títulos de Transferencia, Otro (explicar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: | Fecha: |

Advertencia: El castigo por hacer una declaración falsa en este formulario puede ser de 2-10 años de prisión y una multa de hasta $10,000. (Código de Salud y Seguridad §195.003)

**Office Use Only**

Check#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Security#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CreditTrans#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Processed by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NET Health Form VS-001 (revised 1/2019)