**New Jersey Department of Health**

**Office of Vital Statistics and Registry**

**P.O. Box 370**

## Trenton, NJ 08625-0370

# DELEGATION OF AUTHORITY TO RECEIVE CERTIFIED COPY OF VITAL RECORD

**(FOR BIRTH / DEATH RECORDS)**

# Delegación de autoridad para recibir una copia certificada de un registro civil

**(PARA REGISTROS DE NACIMIENTO / MUERTE)**

This statement must be signed and dated in the presence of a Notary Public. Authorized individual must also provide valid identification.

Este documento debe ser firmado y fechado ante un notario público. El individuo autorizado también debe proveer prueba de identificación valida.

|  |  |
| --- | --- |
| Full Name of Authorizing Person  *(Nombre Completo de la Personal Autorizante)* | Relationship to Individual on Record  *(Relación con el Individuo en Registro)* |

I give written authorization to: *(Yo otorgo autorizacion por escrito a:)*

|  |
| --- |
| Name of Authorized Individual  *(Nombre de Individuo Autorizado)* |

who will obtain certified copies of vital records on my behalf. The information of the requested record is as follows:

*(quien obtendrá copias certificadas del registro civil en mi nombre. La información del registro is la siguiente:)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name on Record *(Nombre en Registro)*  First *(Primer)* Middle *(Segundo)* Last *(Apellido)* | |
| Exact Date of Event (MM/DD/YYYY)  *(Fecha Exacta del Evento) (Mes/Día/Año)* | |
| Location of Event (City and County)  *(Lugar del Evento) (Ciudad y Condado)* | |
| Full Name of Parent A *(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)*  *[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento o nombre de soltera)]*  First *(Primer)* Middle *(Segundo)* Last *(Apellido)* | |
| Full Name of Parent B *(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)*  *[Nombre completo de Padre/Madre B (Inscrito en el acta de nacimiento o nombre de soltera)]*  First *(Primer)* Middle *(Segundo)* Last *(Apellido)* | |
| Signature of Authorizing Person  *(Firma de la Personal Autorizante)* | Date  *(Fecha)* |

Sworn to before me on this \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_.

Signature of Notary Public: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Stamp)*