

New Jersey Department of Health  
Vital Statistics and Registry  
P.O. Box 370  
Trenton, NJ 08625-0370

**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 <b>Certified Copy</b> . ( <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 <b>Certified Copy</b> for an <b>Apostille Seal</b> . ( <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 <b>Certification</b> . ( <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> ) <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> )	
Current Mailing Address ( <b>Must Match address on ID</b> ) ( <i>Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)</i> )		Daytime Telephone Number ( <i>Número Telefónico</i> )			
City ( <i>Ciudad</i> )	State ( <i>Estado</i> )	Zip Code ( <i>Código Postal</i> )			
Applicant's Signature ( <i>Firma del Apicante</i> )		Date of Application ( <i>Fecha</i> )			

<input type="checkbox"/> <b>BIRTH</b> ( <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"/> <b>MARRIAGE</b> ( <i>MATRIMONIO</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> )
<input type="checkbox"/> <b>DOMESTIC PARTNERSHIP</b> ( <i>SOCIEDAD DOMÉSTICA</i> )			County ( <i>Condado</i> )
<input type="checkbox"/> <b>DEATH</b> ( <i>DEFUNCIÓN</i> )	Name of Deceased ( <i>Nombre del Fallecido</i> )		Social Security Number ( <i>See Note</i> ) ( <i>[Número de Seguro Social (Ver Índice)]</i> )
	Exact Date of Death ( <i>Fecha Exacta del Evento</i> )		No. Requested Copies ( <i>No. de Copias</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<br>( <i>Todo Artículos en la Aplicación</i> ) | <input type="checkbox"/> Payment<br>( <i>Pago</i> ) | <input type="checkbox"/> Acceptable Forms of ID<br>( <i>Identificación Aceptable</i> ) | <input type="checkbox"/> Proof of Relationship<br>( <i>Prueba de Parentesco</i> ) | <input type="checkbox"/> Mailing Address Matches ID<br>( <i>Dirección Postal Coincidente con ID</i> ) |
|---|---|--|---|---|

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