



Maricopa County Department of Public Health

Solicitud para Acta de Defunción de Arizona

Date Stamp Here

Solicitud por Correo: MCOVR (Maricopa County Office of Vital Registration) PO Box 2111 – Phoenix AZ – 85001 Aplicar en Persona: 4 localidades para servirle (Ver página 2) Precio: \$20.00 Por Copia Certificada \$30.00 Por Corrección o Enmienda \$5.00 Por Solicitud Gubernamental ó Estudio Geneológico Solamente ¡Por favor! No Dinero en Efectivo/ No Cheques - Gracias!	<p style="text-align: center; color: red;">Lista de Revision</p> <input type="checkbox"/> Copia de su Identificación (frente y reverso) del gobierno o firma notariada <input type="checkbox"/> Firmar aplicación – No Olvidar! <input type="checkbox"/> Incluya un sobre pre-pagado con su dirección <input type="checkbox"/> Suma correcta incluida – Sin Efectivo, Sin Cheques <input type="checkbox"/> Comprobante de parentesco incluido (acta de nacimiento, documentos certificados por corte, etc)
--	---

Order Info	Fecha de Hoy	Propósito de la solicitud	# de Copias Certificadas	# de Copias Genealógicas no Certificadas	Metodo de Pago	Cantidad Adjunta
Estará Utilizando esta Copia(s) para uso Gubernamental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(si), Que Tipo de Reclamo? <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> VA		Número de Seguro Social		

Información en la	Nombre en el Acta de Defunción					
	Primero	Segundo		Apellido(s)		
	Fecha de Defunción	Sex	Fecha de Nacimiento	Funeraria o Centro de Donación		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
	Lugar de Defunción					
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Otro _____		Ciudad	Condado	Estado	

Persona Solicitando Acta	Firma del Solicitante (Requisito)	Nombre Completo de Solicitante: Primero, Segundo, Apellido(s)			
	Correo Electrónico	Celular/Número de Teléfono			
	Domicilio				
	Dirección	Apt/Suite	Ciudad	Estado	Código Postal
	Su Relación con la Persona en el Certificado - Marque Una Opción *Se DEBE proporcionar una PRUEBA de la relación.				
	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental <input type="checkbox"/> Otro _____ Se debe proporcionar documentación que sostenga dicho elegibilidad.				

Area para Notariar	State of _____ County of _____ On this ____ day of _____, 20__ before me personally appeared _____ (name of signer), whose identity was proven to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to this document, and who acknowledges that he/she signed the above document. Notary Signature _____ My Commission Expires _____	Affix Seal/Stamp Here
--------------------	---	-----------------------

Para Uso en Oficina	<input type="checkbox"/> ID Verified/Notarized <input type="checkbox"/> Proof of Eligibility Verified <input checked="" type="checkbox"/> CC Holder's ID Verified Verification: <input type="checkbox"/> Process <input type="checkbox"/> Insufficient <input type="checkbox"/> Call Insufficient Reason: <input type="checkbox"/> No Fee/Incorrect Fee <input type="checkbox"/> Need Clear Copy of ID <input type="checkbox"/> Applicant Ineligible <input type="checkbox"/> Incorrect Payment Type <input type="checkbox"/> Need CC holder's ID with Signature <input type="checkbox"/> Not an AZ Record <input type="checkbox"/> CC Expired <input type="checkbox"/> Need ID w/ Signature <input type="checkbox"/> Need Documents <input type="checkbox"/> ID Expired/ Invalid <input type="checkbox"/> Need Signature <input type="checkbox"/> Other _____	Order Number _____ State File Number _____ Date Entered _____ Date Issued _____ Serial Numbers _____ Receipt # _____
---------------------	---	---

Pagar con Tarjeta	Información de Pago <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> DISCOVER _____ / _____ Número de Tarjeta _____ Vencimiento de Tarjeta _____ CVV# _____ Código Postal de Factura _____ _____ \$20.00 X _____ = \$ _____ Firma de Proveedor de la Tarjeta # de Copias Pagadas Cantidad	* Debe incluir una copia de la identificación válida del gobierno del proveedor de la tarjeta de crédito que incluya foto y firma!
-------------------	--	---

Aplicar por correo:

Solicitud completa, firmada, con tarifa apropiada y un sobre pre-pagado con su dirección.

Enviar a:

**MCOVR (Maricopa County Office of Vital Registration)
PO Box 2111 – Phoenix AZ – 85001**

MaricopaVitalRecords.com - Descargar e Imprimir Formularios, Preguntas Frecuentes e Instrucciones

Aplicar en Persona: **Cuatro Ubicaciones Para Servirle**

Centro del Valle - 3221 N. 16th St., Ste. 100, Phoenix 85016 (1 Block S. of Osborn)

Oeste del Valle - 1850 N. 95th Ave., Ste. 182, Phoenix 85037 (101 Fwy/N. of McDowell)

Este del Valle - 331 E. Coury Ave., Mesa, AZ 85210 (S. of US 60 Exit Mesa Drive)

Noroeste del Valle - 8088 W. Whitney Dr., Peoria 85345 (Corner of Grand Ave. & Cotton Crossing)

Horas: Lunes, Martes, Jueves y Viernes 8:00am-4:30pm

Miércoles 9:00am-4:30pm

Cerrados días de fiesta y otras fechas

Teléfono: 602-506-6805

Aplicar por Internet:

VitalChek.com - Cargos adicionales por servicio además del costo por copia certificada.

****Los servicios de correo y en persona pueden ser más rápidos y sin cargos adicionales!**

Precio: \$20.00 Por Copia Certificada

\$30.00 Corrección/Enmienda

\$ 5.00 Por Solicitud Gubernamental ó Estudio Geneologico solamente

¿Preguntas? ¡Llame o visitenos! Estamos aquí para servirle.