

APPLICATION FOR BIRTH CERTIFICATE
Aplicacion para Certificado de nacimiento

INSTRUCTIONS (INSTRUCCIONES)

ELODIA M. GARZA
DUVAL COUNTY CLERK
P. O. BOX 248
SAN DIEGO, TEXAS 78384

* Read all instructions carefully before completing the application.
Lea todas las instrucciones con cuidado antes de llenar la solicitud.

* If any relevant part of the application is left blank, it will be returned to you.
Si alguna parte de la aplicacion deja en blanco, sera regresada.

* Make sure you are eligible to apply: Self, Mother, Father, Brother, Sister, Child, Spouse, Grandparent, Step-Parent, or Sibling.
Legal Guardian or Representative.
Asegure que califica para aplicar: Mismo, Madre, Padre, Hermano(a), Hijo(a), Esposo(a), Abuelos(as), Padrastro, da un paso-hermanos, Custodia Legal O Representante Legal.

<p align="center"><u>FOR OFFICE USE ONLY</u></p> <p>CERTIFICATE # _____</p> <p>RECEIPT # _____</p> <p>BY: _____</p>	<p align="center"><u>BIRTH</u></p> <p align="center"># REQUESTED</p> <p align="center">_____ CERTIFIED COPIES X \$23.00 _____</p> <p align="center">_____ PLASTIC COVER X \$2.00 _____</p> <p align="center">TOTAL ENCLOSED _____</p>
--	--

PLEASE PRINT
(Imprima por favor)

1. Full Name of Person on Record	First Name (Primer nombre)	Middle Name (Segundo nombre)	Last Name (Apellido en el acta)
2. Date of Birth	Month (Mes)	Day (Dia)	Year (Año)
4. Place of Birth	City or Town (Ciudad O Pueblo)		State (Estado)
5. Full Name Of Father	First Name (Primer nombre)	Middle Name (Segundo nombre)	Last Name (Apellido)
6. Full Maiden Name of Mother	First Name (Primer nombre)	Middle Name (Segundo nombre)	Last Name (Apellido)

7. Applicant's Name: _____
(Su Nombre)

8. Mailing Address: _____ Street Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
(Direccion)

9. Telephone #: (____) _____
(Numero de telefono)

10. Relationship to Person Named in Item 1: _____
(Relacion a la persona nombrada en el certificado)

11. Purpose for Obtaining this Record: _____
(Razon para obtener el certificado)

Signature of Applicant (Firma) _____ Date (Fecha) _____

WARNING: THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT IN THIS FORM CAN BE 2-10 YEARS IN PRISON AND A FINE OF UP TO \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)
La multa por proporcionar una declaracion falsa en este formulario es de 2 a 10 anos y una multa hasta \$10,000.00 (Codigo de Seguridad y salud, Capitulo 195, Sec. 195.003)