



**RIVERSIDE COUNTY ASSESOR-COUNTY CLERK-RECORDER**  
**APLICACION PARA UNA COPIA CERTIFICADA O BUSQUEDA DE UNA ACTA DE DEFUNCIÓN**  
**POR FAVOR REVISE LAS INSTRUCCIONES DE A TRAS ANTES DE COMPLETAR**

1	REGISTRO DE DEFUNCION o BUSQUEDA DEL CERTIFICADO DE NO REGISTRO COSTO \$26.00			
	Nombre del Difunto _____			
	Primer	Segundo	Apellido	
	Fecha de Fallecimiento _____	Fecha de Nacimiento: _____		
	Ciudad donde Falleció _____	Numero de Copias _____		
2	<input type="checkbox"/> Yo solicito una copia AUTORIZADA <input type="checkbox"/> Yo solicito una copia INFORMATURAL Si esta solicitando una copia informacional, por favor brinque a la sección 4			
3	Para obtener una Copia Certificada Autorizada marque la parte apropiada que le autoriza a usted a obtener el registro. <b>Yo soy:</b> <input type="checkbox"/> Un padre o un guardián legal de la persona enlistada en el acta de defunción. <input type="checkbox"/> Un hijo, abuelo, nieto, hermano, esposo, o compañero doméstico de la persona en listada en el acta de defunción. <input type="checkbox"/> Un miembro o representante de una agencia de gobierno, quien está conduciendo un negocio oficial requerido por la ley. (Compañías representado una agencia de gobierno debe proveer autorización de la agencia de gobierno.) <input type="checkbox"/> Pariente o tutor designado como se especifica en los párrafos (6), (7) y (8), inclusive de subdivisión (a) de la sección 7100. <input type="checkbox"/> Una Persona que tiene una orden de corte para obtener el registro. <input type="checkbox"/> Un abogado representando la persona o los bienes de la persona a la cual nombre está en listado en el registro de defunción o persona o agente designado por la corte que actúa por la persona o en nombre de la persona, o los bienes de la persona cual nombré está en listado en el registro de defunción. (Si usted está solicitando una Copia Certificada bajo poder legal, por favor incluya una copia de la carta poder legal con esta forma de aplicación.) <input type="checkbox"/> Cualquier director de funeraria que ordene copias certificadas, de defunción por parte de cualquier persona especificada en los párrafos (1) al (5), inclusive, de subdivisión (a) de la sección 7100 del Código del Departamento de Salud.			
4	Pedido por:		Enviar/Entregar a:	
	Nombre _____		Nombre de la persona recibiendo copias, si es diferente al aplicante _____	
	Domicilio _____		Domicilio para enviar copias, si es diferente al aplicante _____	
	Ciudad/Provincia _____	Estado/Pais _____	Código _____	
	# De Teléfono (_____) _____		Ciudad/Provincia _____ Estado/Pais _____ Código _____	
5	I, _____ swear or affirm under penalty of perjury that I am an authorized person, (En Letra de Molde Escriba su Nombre Completo) as defined in California Health and Safety Code Section 103526 (c), eligible to receive a certified copy of the death record identified on this application form.			
	Sworn: _____ at _____ Fecha (mm/dd/aa)		Ciudad/Provincia _____ Estado/Pais _____	
	Signature: _____ (Firma del Aplicante) <b>(Si esta ordenando en persona tendrá que firmar en frente del Técnico)</b>			
<b>BELOW SECTION FOR OFFICE USE ONLY: Sección de abajo es para uso de la oficina únicamente</b>				
Receipt # _____		Check # _____	Total \$ Due _____	Amount Paid _____
Cash <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Debit / Credit <input type="checkbox"/>		Counter <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Web	Overage Amount _____	Refund Amount _____
SST# _____		EVital App ID# _____		Clerk's Initials _____
<input type="checkbox"/> Do Not Charge Fee, Contact State _____		NOTE: _____		
<input type="checkbox"/> Charge Search Fee, Contact _____ State or _____		Searched years from _____ to _____ by: _____		

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA APLICACIÓN PARA UNA COPIA CERTIFICADA O BUSQUEDA DEL REGISTRO DE DEFUNCIÓN**

**Si el registro De defunción no es encontrado, conforme a la Salud y Cuidado del Código 103650, Se le cobrará \$26.00 por la búsqueda conforme a la ley y se le dará un Certificado de No Record.**

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE USANDO TINTA NEGRA O AZUL**

<b>1</b>	<b>Información del registro de Defunción:</b> Otorgué toda la información que tenga disponible para poder identificar el registro. El Condado de Riverside tiene únicamente registros de defunción que ocurrieron en el condado de Riverside. Para cualquier otro registró de defunción tendrá que ponerse en contacto con el condado donde el fallecimiento ocurrió o tendrá que contactar al Department of Health Services, Office of Vital Records-M.S. 5103, P.O. Box 997410, Sacramento, CA 95899-7410. Número de Teléfono: (916) 445-2684.
<b>2</b>	La Sección 103526 del Código de California Salud y Cuidado restringe a quienes son permitidos a obtener una copia certificada del registro de defunción. La sección 3 al frente de esta aplicación identifica los individuos quienes son permitidos a obtener esta petición. Aquellos que no son autorizados recibirán una COPIA CERTIFICADA INFORMATIVA con las palabras "INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY" estampadas enfrente del acta. La COPIA CERTIFICADA AUTORIZADA del registro de defunción puede ser requerida para obtener beneficios del difunto, reclamación de ganancias del seguro, notificación al seguro social y obtener otros servicios relacionados a la identidad de la persona. <b>Si usted esta solicitando una copia informativa, usted no tiene que completar el estado de juramento hacia, abajo de la aplicación.</b>
<b>3</b>	Si usted esta solicitando una copia certificada autorizada del registro de defunción, por favor <u>marque la parte apropiada</u> que le autoriza a usted a obtener una copia certificada.
<b>4</b>	Escriba en letra de molde o a máquina el nombre y la dirección de la persona solicitando la copia.
<b>5</b>	<b>Una Identificación con retrato dada por el gobierno se es requerida al ordenar en-persona. Por favor dé tenerla lista.</b> La sección 103526 de California Salud y Cuidado del Código requiere a cualquier persona solicitando una copia certificada autorizada del acta de defunción que completen y firmen el estado de juramento al frente de la aplicación. Por favor escriba su nombre en letra de molde en el espacio que se le ha proveído, llene el espacio de la fecha y el lugar en donde y cuando firmo este estado de Juramento.

**POR CORREO:** Si está solicitando actas múltiples a un tiempo, todas las solicitudes tendrán que ser acompañadas con el estado de juramento que se encuentra al dorso de esta aplicación. Pero únicamente una solicitud requiere el estado notariado por un notario público. Cualquier miembro del esfuerzo de la ley o representante del estado o agencia del Gobierno local, como es proveído por la ley, quien aplica para un acta de defunción conduciendo negocios oficiales NO se le es requerido proveer el estado notariado que se encuentra hacia abajo.

- (a) Para una copia AUTORIZADA, complete el estado de juramento enfrente de un notario público.  
(b) Para una copia INFORMATURAL, complete el estado de juramento en la sección 5 que se encuentra al dorso de esta aplicación. La firma notariada NO se es requerida.

**Envíe la aplicación cheque pagadero a: Riverside County Recorder, P.O. Box 751, Riverside, CA 92502-0751**

## Certificate of Acknowledgment

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

STATE OF CALIFORNIA }  
COUNTY OF }  
{

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally appeared  
(Date) (Print Name and Title of Official)

(Insert name of person being acknowledged)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_ (Seal)  
(Officer signature)