

Pilesgrove Township
Registrar of Vital Statistics
1180 Route 40
Pilesgrove, NJ 08098

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 Certified Copy. (Quiero una copia certificada.)			If available, I prefer the format of the certified copy to be: (Preferido:)		
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal. (Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)			<input type="checkbox"/> Computer Generated copy of original. (Copia del Original Generado por Computadora)		
<input type="checkbox"/> I would like a Certification. (Quiero una certificación.)			<input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. (Imagen Digital/Fotocopia del Original)		
Name of Applicant (Nombre de Apicante)		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) (Relación al individuo. (Prueba es requerida para copia certificada.))		Reasons for Request: (Motivo de solicitud)	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) (Dirección Postal (Deba coincidir con identificación))				<input type="checkbox"/> Passport (Pasaporte) <input type="checkbox"/> Driver's License (Licencia de Conducir) <input type="checkbox"/> School/Sports (Escuela/Deportes) <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits (Beneficios veteranos) <input type="checkbox"/> Social Security Card (Tarjeta Seguro Social) <input type="checkbox"/> Social Security Disability (SSI / Incapacidad) <input type="checkbox"/> Other SS Benefits (Otros beneficios de seguro social). <input type="checkbox"/> Medicare (Medicare) <input type="checkbox"/> Welfare (Asistencia Pública) <input type="checkbox"/> Other (Otro)	
City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Codigo Postal)	Daytime Telephone Number (Número Telefónico)		
Applicant's Signature (Firma del Apicante)			Date of Application (Fecha)		

<input type="checkbox"/> BIRTH (NACIMIENTO)	Full Name of Child at Time of Birth (Nombre Completo al Nacer)		No. Requested Copies (No. de Copias)	
	Place of Birth (City, Town) (Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo))	County (Condado)	Exact Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	
	Child's Mother's Full Maiden Name (Nombre completo de soltera de la Madre)		Child's Father's Name (if on record) (Nombre del Padre (si esta registrado))	
	If the Child's Name was Changed, indicate New Name and How it was Changed: (Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):			
<input type="checkbox"/> MARRIAGE (MATRIMONIO)	Name of Husband/ Partner (Nombre de Esposo/ Pareja)		No. Requested Copies (No. de Copias)	
	<input type="checkbox"/> CIVIL UNION (UNIÓN CIVIL)		Exact Date of Event (Fecha Exacta del Evento)	
	<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (SOCIEDAD DOMÉSTICA)		County (Condado)	
Maiden Name of Wife/ Partner (Nombre Soltera de Esposa/ Pareja)		Place of Event (City, Town) (Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo))		
<input type="checkbox"/> DEATH (DEFUNCIÓN)	Name of Deceased (Nombre del Fallecido)		Social Security Number (See Note) (Número de Seguro Social (Ver Indico))	
	Exact Date of Death (Fecha Exacta del Evento)		Place of Event (City/Town) (Lugar del Evento (Ciudad, pueblo))	
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother (Nombre Soltera de la Madre)		Name of Deceased Individual's Father (Nombre del Padre)	
			No. Requested Copies (No. de Copias)	

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
(Todo Artículos en la Aplicación) | <input type="checkbox"/> Payment
(Pago) | <input type="checkbox"/> Acceptable Forms of ID
(Identificación Aceptable) | <input type="checkbox"/> Proof of Relationship
(Prueba de Parentesco) | <input type="checkbox"/> Mailing Address Matches ID
(Dirección Postal Coincidente con ID) |
|--|--|---|--|--|

FOR TOWNSHIP USE ONLY

Payment Type:	Payment Amount:	ID Viewed:	Processed By
<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	\$		