LISA GONZALEZ, PUBLIC HEALTH ADMINISTRATOR
and LOCAL REGISTRAR
2550 N. ANNIE GLIDDEN ROAD
DEKALB, IL 60115
PHONE: 815-758-6673 / FAX: 815-748-2485
HOURS: 8:00 AM-12:00 PM / 1:00 PM–4:30 PM M-F
Email: birth&deathrecords@dekalbcounty.org
Visit us at www.dekalbcountyhealthdepartment.org

PETICION PARA ACTA DE NACIMIENTO

de Copias Solicitadas_____ Fecha de Hoy_____

Primera copia certificada es $16.00; cada copia certificada adicional del mismo nacimiento, solicitada el mismo dia es $7.00. *IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL ES REQUERIDA.*

Nombre en el acta de Nacimiento_____ _____ _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Fecha de Nacimiento_____ Lugar de Nacimiento_____
Mes / Dia / Año La ciudad, el Pueblo o la Aldea

El Apellido completo de soltera de la Madre _____ _____ _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellidos de Soltera

El Nombre y apellidos del Padre_____ _____ _____
Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Yo, el abajofirmante por la presente certifico que como la persona cuyo registro es buscado, o como el padre, el guardián, o representante legal de la persona, es permitido legalmente según el Estatuto del Estado de Illinois (Registros Esenciales Actúan) recibir la copia certificada solicitada.

La persona que Solicita la Copia _____ _____ _____
(Por favor use letra de molde) Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Relación_____ Telefono #_____Email _____

Dirección_____

Ciudad _____ Estado_____ Codigo Postal_____

**** _____ ****

**** La firma de la Persona que Solicita la Copia ****

SOLICITUDES POR CORREO DEBEN INCLUIR EL PAGO Y UNA COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL

FOR OFFICE USE ONLY:

Form of ID _____ Number on ID _____

Expiration Date _____ Personally known to _____

Registration # _____ Searchers Initials _____