

**CITY OF NEW BRUNSWICK  
DEPARTMENT OF HEALTH  
78 BAYARD STREET  
P.O. BOX 269  
NEW BRUNSWICK, NJ 08903-0269  
(732) 745-5018/5061 / FAX (732) 565-7542**

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

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

**FOR STATE USE ONLY**

**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?)***

\*  All Items on Application  
*(Todo Articulos en la Aplicación)*  
ID)

\*  Payment  
*(Pago)*

\*  Acceptable Forms of ID  
*(Identificación Aceptable)*

\*  Proof of Relationship  
*(Prueba de Parentesco)*

\*  Mailing Address Matches ID  
*(Dirección(Dirección (Dirección Postal(Dirección P*

**FOR STATE USE ONLY**