



**MAIL APPLICATION FOR
BIRTH AND DEATH RECORD**

Mail this application to:
City Secretary Office – Vitals
P.O. Box 911
Brownsville, Texas 78522

SOLICITUD POR CORREO POSTAL DE ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN

PLEASE PRINT. INCLUDE A PHOTOCOPY OF YOUR VALID ID WHEN SENDING IN THE REQUEST.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE. INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CUANDO ENVÍE LA SOLICITUD.

Birth Certificate Actas de nacimiento				
Type	Tipo	Cost	Costo	Total
Certified Copy	Copia Certificada	\$24.00		
Abstract Copy	Copia Abstracto	\$24.00		
Total:				
Money orders payable to City of Brownsville Giros postales a nombre de City of Brownsville				

Death Certificates Actas de Defunción						
Type	Tipo	Cost	Costo	# of Copies	# de copias	Total
Certified Copy	Copia Certificada	\$21.00		1st copy	1ª copia	\$21
Additional Copies	Copia adicional	\$4.00				
Total:						
Money orders payable to City of Brownsville Giros postales a nombre de City of Brownsville						

Send a separate money order in the amount of \$ 10.00 (search fee).

For every search of the files where a record is not found, the search fee (\$ 10.00) is not refundable or transferable.

Envíe un giro postal separado por un monto de \$ 10.00 (tarifa de búsqueda).

El cargo por cualquier búsqueda en los archivos en la que no se encuentre ningún registro no es reembolsable ni transferible.

IDENTIFY BIRTH OR DEATH RECORD INFORMATION (Part I)
IDENTIFIQUE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN (Parte I)

Full Name of Person on Record: _____
Nombre completo de la persona registrada: _____

First Name Primer nombre Middle Name Segundo nombre Last Name Apellido

Date of Birth/Death: _____
Fecha de nacimiento o defunción: _____

Month Mes Day Dia Year Año Sex Sexo

Place of Birth/Death: _____
Lugar de nacimiento o defunción: _____

City or Town Ciudad o Poblacion County Condado State Estado

Full Name of Parent 1: _____
Nombre completo del padre o la madre 1: _____

First Name Primer nombre Middle Name Segundo nombre Maiden Name/Last Name Apellido de soltero(a) o apellido

Full Name of Parent 2: _____
Nombre completo del padre o la madre 2: _____

First Name Primer nombre Middle Name Segundo nombre Maiden Name/Last Name Apellido de soltero(a) o apellido

APPLICANT INFORMATION (Part II)
INFORMACIÓN SOBRE EL O LA SOLICITANTE (Parte II)

Applicant Name: _____ Telephone #: _____ Email Address: _____
Nombre del Apicante: _____ # de Telefono: _____ Correo Electrónico: _____

Full Mailing Address: _____
Domicilio Postal completo: _____

Street Address Numero y Calle City Ciudad State Estado Zip Codigo Postal

Relationship to person listed above: _____ Purpose for obtaining this record: _____
Parentesco con la persona en la acta: _____ Proposito de la obtencion de esta acta: _____

I authorize mailing to the address below. I have verified that the address below will receive my record.
Autorizo el envío por correo postal al siguiente domicilio. He verificado que en el siguiente domicilio se recibirá mi acta.

Name of Person Receiving Copies, if Different from Applicant: _____
Nombre de la persona que recibirá las copias, si es distinto del nombre del o la solicitante: _____

First Name Primer nombre Middle Name Segundo nombre Last Name Apellido

Mailing Address for Copies, if Different from Applicant: _____
Domicilio postal para las copias, si es distinto del domicilio del o la solicitante: _____

Street Address Numero y Calle City Ciudad State Estado Zip Codigo

AFFIDAVIT OF PERSONAL KNOWLEDGE (MUST BE SIGNED IN PRESENCE OF A NOTARY PUBLIC) (Part III)
DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE ANTE UNA PERSONA AUTORIZADA PARA EFECTUAR ACTOS NOTARIALES [NOTARY PUBLIC]) (Parte III)

STATE OF _____ COUNTY OF _____ Before me on this day appeared _____
(Applicants Name)

Now residing at _____
(Address) (City) (State)

Who is related to the person name on Part I as _____ and who on oath deposes and states that the content of this affidavit are true and correct.
(Relationship)

The applicant presented the following type and number of identification: _____

Applicant Signature: _____

Sworn to and subscribed before me, this _____ day of _____, 20 ____
Signature of Notary Public and Notary ID Number: _____
Typed or Printed Name: _____
Commission Expires: _____
Street Address: _____
City, State, Zip: _____

(SEAL)

WARNING: IT IS A FELONY TO FALSIFY INFORMATION ON THIS DOCUMENT. THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT ON THIS FORM OR FOR SIGNING A FORM WHICH CONTAINS A FALSE STATEMENT IS 2 TO 10 YEARS IMPRISONMENT AND A FINE OF UP TO \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003.)
ADVERTENCIA: LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO ES UN DELITO GRAVE. LA PENA POR HACER DECLARACIONES FALSAS A SABIENDAS EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTENGA DECLARACIONES FALSAS ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000 DÓLARES. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SECCIÓN 195.003.)

FOR OFFICE USE ONLY:

Type of Record: _____	Method of Payment: _____
Registrar No.: _____	SBNP No.: _____
BVS No.: _____	Issued By: _____
ISSUED: Yes or No (if No, why): _____	Control No.: _____