



## Instrucciones para completar la petición de una acta de defunción

1. Indique si usted desea recibir una copia certificada o una copia informativa. Solamente individuos quienes están autorizados bajo el código de Salubridad y Prevención §103650 pueden obtener una copia certificada del acta de defunción. La Sección C en la página 1 de la aplicación identifica a las personas quienes están autorizadas a recibir copias certificadas. Todas las demás personas podrían recibir una copia informativa la cual estará marcada con lo siguiente: "Informational, Not a Valid Document to Establish Identity".

**Ambos documentos son reproducciones certificadas del documento original que tenemos en el expediente en nuestra oficina.** Con la excepción de la leyenda, la redacción de las firmas y el número de seguro social, el documento contiene la misma información.

2. Sección A

En esta sección, favor de proveer la información del infante. Si la información proporcionada es incompleta o equivocada, es posible que no podamos encontrar el expediente.

 El Nombre de nacimiento requerido en la oficina de Archivos Vitales es el nombre otorgado al nacer, o el nombre recibido por medio de una adopción, cambio de nombre como resultado de una orden tribunal, o naturalización. Los AKAs (También conocido como) y otros nombres no pueden ser ingresados como nombres legales de "nacimiento".

3. Sección B

En esta sección, favor de proveer tu información, el número de copias que solicita y la cantidad enviada. La tarifa es de \$24.00 por cada copia.

Favor de pagar cheques y money orders a la orden de: County of Riverside

❖ **No Aceptamos cheques ni money orders de terceras personas.**

❖ Cheques deben tener impreso el nombre y la dirección del dueño de la cuenta.

 La ley del Estado requiere un **cobro para la búsqueda del archivo**. En el caso de que ningún archivo sea encontrado, en conformidad con el código de Salud y Prevención §103650, la tarifa será retenida por la búsqueda y un certificado de archivo no encontrado será emitido. Si se solicitan copias múltiples en una aplicación, **la tarifa por la búsqueda será retenida y el balance** será devuelto al aplicante por medio de nuestro departamento fiscal.

4. Sección C: Ignore esta sección si desea solicitar una copia informativa. Establezca su relación con la persona que aparece en el certificado marcando solo un (1) recuadro en esta sección.

5. Sección D: Ignore esta sección si desea solicitar una copia informativa.

La Sección D tiene dos partes.

❖ **Declaración Jurada:** Todas las personas que soliciten una *Copia Certificada* deberán completar la Declaración Jurada. El aplicante que está solicitando la copia certificada deberá firmar la Declaración Jurada declarando **bajo pena de perjurio** que el/ella es elegible para recibir una copia certificada del documento. El aplicante deberá escribir su nombre, el nombre del fallecido y identificar su relación con el difunto. La relación debe coincidir con la información de la Sección C, página 1. Firme la Declaración Jurada en presencia de un Notary Public o un empleado de Office of Vital Records.

❖ **Certificado de reconocimiento:** El Certificado de reconocimiento tiene que ser completado por un Notary Public. Agentes policiales y empleados del gobierno están exonerados del requerimiento notarial.

6. Complete la aplicación y envíela a:

Office of Vital Records  
P.O. Box 7600  
Riverside, CA 92513-7600

Si tiene alguna otra pregunta, favor de contactarse con: Riverside County Office of Vital Records at: 951-358-5068



**SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA Y COPIA INFORMATIVA DE UNA ACTA DE DEFUNCION PARA USO POR CORREO**

Se le recuerda que nosotros cobramos aun cuando el archivo no sea encontrado. En conformidad con el codigo de Salud y Bienestar H&S Code §103650, en el caso de que ningun archivo sea encontrado, la tarifa sera retenida por la busqueda, y un "Certificado De Archivo No Encontrado" sera emitido.

Date Received (office use only)

LRN: \_\_\_\_\_

AMENDMENT  
COUNT: 0 1 2 3



En nuestra oficina solamente tenemos disponibles archivos de los años 2022 y 2023.

Por favor, indique el tipo de copia certificada que desea recibir:

Desearia recibir una copia certificada. \$24.00 por copia  
**Complete las secciones A, B, C, luego complete D en presencia de un notario.**

Solamente algunas personas son elegibles para obtener una copia certificada. Este documento establece la identidad de la persona registrada. Continue a la seccion C para determinar su elegibilidad. Si usted no es elegible, puede obtener una copia informativa.

Desearia recibir una copia informativa. \$24.00 por copia  
**Complete solamente Secciones A y B. La Declaracion Jurada y el notario no son requeridos.**

Cualquier persona es elegible para obtener una copia informativa. Este documento esta impreso con una leyenda en frente que dice lo siguiente : "Copia de informacion. No es valida para establecer identidad."

**Seccion A: Informacion del acta de defuncion (Favor de escribir en letra molde)**

Complete esta informacion tal como aparece en la partida de defunción de la mejor manera posible. Mientras mas informacion pueda proveer, sera mas facil para nosotros encontrar el archivo correcto.

Nombre del Fallecido	Segundo Nombre del Fallecido	Apellido del Fallecido
Fecha de Defunción	Ciudad de Defunción	Nombre de la Funeraria
Nombre de nacimiento de la Madre/ del difunto	Nombre de nacimiento del esposo/a o pareja domestica (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):	

**Seccion B: Informacion del aplicante (Favor de escribir en letra molde)**

Nombre del Apicante	Segundo Nombre del Apicante	Apellido del Apicante
Domicilio del Apicante: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal:	<b>Favor de pagar cheques o money orders a la orden de: County of Riverside.</b> Nosotros no aceptamos cheques con una dirección fuera del estado ni tampoco aceptamos cheques de terceras personas. Esto significa que el nombre que aparece en el cheque tiene que ser el mismo nombre del aplicante.	<b>La ley del Estado requiere un cobro para la busqueda del archivo.</b> En el caso de que ningun archivo sea encontrado, en conformidad con el codigo de Salud y Prevención §103650, la tarifa sera retenida por la busqueda y un certificado de archivo no encontrado sera emitido.
Numero de Telefono del aplicante: ( )	Numero de Copias : _____	Cantidad Depositada (\$24.00/por copia) \$ _____

**Seccion C: RELACION CON EL DIFUNTO** (complete solamente si desea recibir una copia certificada)

Marque la opcion que establece su relacion con el individuo. Yo soy:

- Uno de los padres o el guardian legal del registrado (del recién nacido).
- El hijo(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a), o pareja domestica registrada del registrado
- Una persona adulta, sobreviviente y competente en los siguientes grados de parentesco no estipulado anteriormente. Declarar relación \_\_\_\_\_.
- Una persona con derecho a recibir el acta como resultado de una orden tribunal. **Favor de incluir una copia de la Orden Tribunal.**
- Un miembro agente del orden u otra agencia gubernamental, estipulado por la ley, el cual conduce un caso de manera oficial. **Compañias que representen al gobierno deberan proveer autorizacion de la respectiva agencia de gobierno.**
- Un abogado representando al registrado o a la propiedad del registrado, o cualquier persona o agencia a la que se le hayan conferido(otorgado) poderes por ley, o que haya sido designada por un tribunal para actuar en nombre del registrado o de la sucesión del mismo, la cual incluye a un curador del fallecido y/o su propiedad.
- Derechos otorgados en un poder notarial, o el ejecutante de la propiedad del registrado (fallecido).(Ya sea un poder notarial para el cuidado de salud o un poder notarial general). En el caso de un poder notarial general, el poderdante (persona quien autoriza a la otra a actuar) debe estar calificada para recibir una copia certificada. Favor de incluir una copia del poder notarial o documentación suficiente que lo identifique como el ejecutante de dicho poder.

**Section D: SWORN STATEMENT AND CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT**

**SWORN STATEMENT**

I, \_\_\_\_\_, declare under penalty of perjury under the laws of the State of California, that I am an authorized person, as defined in California Health and Safety Code §103526 (c), and am eligible to receive a certified copy of the birth record of the following individual:

(Applicant's Printed Name)

Name of Person Listed on the Certificate: \_\_\_\_\_

Your Relationship to the Person named above: \_\_\_\_\_  
(this must match the relationship indicated in Section C on page 1)

\*\*\*\*\*The remaining information must be completed in the presence of a Notary Public or Office of Vital Records staff.\*\*\*\*\*

Subscribed to this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, at \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

(Day)

(Month)

(Year)

(City)

(State)

\_\_\_\_\_  
(Applicant's Signature)

**If submitting your order by mail, you must have your Sworn Statement notarized using the Certificate of Acknowledgment below. The Certificate of Acknowledgment is compliant with California law (Civil Code §1189) and must be completed by a Notary Public. If you are not in California, please strike out California and insert the appropriate state.**

*Law Enforcement and local and state government agencies are exempt from the notary requirement.*

**CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT**

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  
(here insert name and title of the officer)

\_\_\_\_\_, 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.  
(SEAL)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE