

Favor de llenar toda esta forma completamente y firmar la solicitud:

Nombre del Difunto(a): _____

Fecha de Defunción: _____ Sexo: { } Masculino { } Femenino
Mes / Día / Año

Lugar de Fallecimiento: _____
(SOLAMENTE SI FALLECIO EN McALLEN) Indique Hospital, Hogar o Asilo de Ancianos

Nombre Completo de Padre: _____

Nombre Completo de Madre (soltera): _____

(Indique su relación a la persona del certificado por la cual esta solicitando)

- Cónyuge (Debe ser nombrado en el certificado, si no tendrá que proveer acta de matrimonio certificada (no copia))
- Padre/Madre (Identificación oficial requerida (no vencida), tiene que estar nombrado en el certificado)
- Hijo/Hija (Identificación oficial (no vencida) y acta de nacimiento certificada (no copia) para verificar la relación)
- Hermano/Hermana (Identificación oficial (no vencida) y acta de nacimiento certificada (no copia) para verificar la relación)
- Director de la Funeraria (Debe ser afiliado con la funeraria que se encargo del servicio)
- Informante (Identificación oficial requerida (no vencida))
- Albacea (Prueba requerida: Orden de corte certificada (no copia) firmada por un Juez y su identificación valida (no vencida))
- Abogado (Prueba requerida: (Copia certificada de la orden de corte demostrando interés legal))

Aviso: Si su relación no esta en la lista de arriba, no se puede aplicar por el certificado.

El precio del Certificado es de \$21.00 por la primer copia (cada vez que se aplica) y \$4.00 por cada certificado adicional. Cuantas copias esta solicitando? _____

Aviso: Se cobrara \$21.00 por la búsqueda aunque no se encuentre el certificado.

Para que necesita obtener este certificado? _____

Indique que identificación **valida, oficial (no vencida)** con foto va a presentar Usted (**REQUERIDO**):

- Licencia Americana
- Carta de Identificación
- Visa Láser
- Credencial de Elector de México
- Residencia
- Matricula Consular

Nombre: _____

Domicilio Actual (Dirección Física): _____ **FAVOR DE**

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ **LLENAR SU**

Número de Telefono: _____ **INFORMACION**

Fecha de Nacimiento: _____

PRECAUCION: La pena por dar información falsa en esta aplicación puede ser 2-10 anos de prisión y una multa de hasta \$10,000 (Código de Salud y Seguridad, Capitulo 195, Sec. 195.003.)

Firma: _____

AVISO: Si va a enviarnos esta solicitud por correo, necesita incluir una **fotocopia de su identificación** valida que no este vencida como las que se indican arriba, un giro (Money order) por nuestro cobro – no aceptamos cheques personales, y sobre con dirección al remitente. Para enviar por **FED EX o UPS**, mande esta solicitud, la copia de su identificación (y copias de lo requerido como esta indicado arriba) y giro a 221 S. 15th, McAllen, Texas 78501. Por **servicio regular, Priority & Express Mail** (U.S. Postal Service) envíelo al P.O. Box 220 McAllen, Texas 78505. Para que le regresemos su pedido vía Express, nos tiene que mandar un sobre completo – dirigido y prepagado. **Nuestra oficina no envía a través de ningún servicio de entrega.**