

Eastampton Township
Kim-Marie White, Registrar
12 Manor House Court, Eastampton, NJ 08060
609-267-5723 x209, Fax 609-265-1714 email kwhite@eastampton.com

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 Certified Copy . <i>(Quiero una copia certificada.)</i> <input type="checkbox"/> I would like a Certification . <i>(Quiero una certificación.)</i> Documents in need of an Apostille Seal must be obtained from the State. <i>(Registros que necesitan un Sello de Apostille, deben ser obtenidos por la Oficina Estatal.)</i>		If available, I prefer the format of the certified copy to be: <i>(Prefiero:)</i> <input type="checkbox"/> Computer-generated copy of original. <i>(Copia del Original-Generado por Computadora)</i> <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. <i>(Imagen Digital/Fotocopia del Original)</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>			
Current Mailing Address (Must Match address on ID) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</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>			
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"/> BIRTH <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"/> MARRIAGE <i>(MATRIMONIO)</i> <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i> <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <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"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</i>		Social Security Number (See Note) <i>[Numero de Seguro Social (Ver Indice)]</i>
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)]</i>	No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</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>

Application Checklist: 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 Artículos en la Aplicación)*
 Payment *(Pago)*
 Acceptable Forms of ID *(Identificación Aceptable)*
 Proof of Relationship *(Prueba de Parentesco)*
 Mailing Address Matches ID *(Dirección Postal Coincidente con ID)*

FOR OFFICIAL USE ONLY

Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	------------	--------------