

FOR OFFICE USE ONLY

TODAY'S DATE _____

CASH AMOUNT _____

CHECK # _____ AMOUNT _____

CHARGE AUTH # _____ AMOUNT _____

For Office Use Only
Pick Up/Mailed _____



**PUBLIC HEALTH AND
SOCIAL SERVICES DEPARTMENT**

Vital Records

412 Lilly Road N.E.

Olympia, WA 98506-5132

(360) 867-2618 Fax: (360) 867-2600

APLICACION PARA ACTA DE NACIMIENTO

(Solo en el Estado de Washington)

1. NOMBRE COMPLETO AL NACER

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ (Mes, Día, Año)

CIUDAD O CONDADO DE NACIMIENTO _____ (Only Washington State)

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE _____

NOMBRE DE SOLTERA DE PADRE _____

2. INCLUIR \$ 20.00 por cada certificado condenada o llevar esta solicitud al condado de Thurston SALUD PÚBLICA Y EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.

¿Cuántos certificados que desea _____ X \$20.00 = \$ _____

3. POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN DE PICK-UP O DE CORREO

Nombre _____

Dirección postal _____

De la ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

4. Certificado de estar RECOGER O POR CORREO

FORMA DE PAGO Marque Uno (X)

Monto pagado \$ _____ Compruebe # _____ (A nombre de: TCHD) Visa

MasterCard

Número de tarjeta _____ / _____ / _____ / _____

Fecha de caducidad ____ / ____

El Nombre del tarjetahabiente & Dirige (si diferente de arriba) _____

Las aplicaciones pueden ser enviadas o pueden ser entregadas a
Thurston County Public Health and Social Services – ATTN: Vital Records
412 Lilly Rd. NE; Olympia, WA 98506-5132

OR

Mandado un fax a: (360) 867-2600

Para imprimir una copia de esta aplicación, visitenos nuestro sitio web en:

<http://www.co.thurston.wa.us/health/admin/vitals/index.html>