



BOROUGH OF ALLENDALE

500 West Crescent Avenue, Allendale, NJ 07401-1792

BOARD OF HEALTH

(201) 818-4400 EXT. 211

FAX: (201) 825-1913

\$10.00 for each Certified Copy

made out to
Borough of Allendale

APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy. (Quiero una copia certificada.)			Preferred format (if available): (Prefiero:)		
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the Certified Copy for an Apostille Seal. (Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)			<input type="checkbox"/> Computer Generated copy of original. (Copia del Original-Generado por Computadora)		
<input type="checkbox"/> I would like a Certification. (Quiero una certificación.)			<input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. (Imagen Digital/Fotocopia del Original)		
Name of Applicant (Nombre de Apicante)		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) [Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]		Reasons for Request: (Motivo de solicitud)	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) [Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]				<input type="checkbox"/> Passport (Pasaporte) <input type="checkbox"/> Driver's License (Licencia de Conducir) <input type="checkbox"/> School/Sports (Escuela/Deportes) <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits (Beneficios veteranos) <input type="checkbox"/> Social Security Card (Tarjeta Seguro Social) <input type="checkbox"/> Social Security Disability (SSI / Incapacidad) <input type="checkbox"/> Other SS Benefits (Otros beneficios de seguro social) <input type="checkbox"/> Medicare (Medicare) <input type="checkbox"/> Welfare (Asistencia Pública) <input type="checkbox"/> Other (Otro)	
City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Codigo Postal)	Daytime Telephone Number (Número Telefónico)		
Applicant's Signature (Firma del Apicante)			Date of Application (Fecha)		

<input type="checkbox"/> BIRTH (NACIMIENTO)	Full Name of Child at Time of Birth (Nombre Completo al Nacer)		No. Requested Copies (No. de Copias)		
	Place of Birth (City, Town) [Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]	County (Condado)	Exact Date of Birth (Fecha de Nacimiento)		
	Full Name of Child's Parent A (Nombre completo de Padre/Madre A)		Full Name of Child's Parent B (if on record) (Nombre completo de Padre/Madre B) (si el registro)		
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: (Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):				
<input type="checkbox"/> MARRIAGE (MATRIMONIO)	Full Name of Spouse A/Partner A (List name given at birth or on birth certificate) [Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]		No. Requested Copies (No. de Copias)		
	<input type="checkbox"/> CIVIL UNION (UNIÓN CIVIL)		Full Name of Spouse B/Partner B (List name given at birth or on birth certificate) [Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]		
	<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (SOCIEDAD DOMÉSTICA)		Exact Date of Event (Fecha Exacta del Evento)		
Place of Event (City, Town) [Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]		County (Condado)			
<input type="checkbox"/> DEATH - (DEFUNCIÓN)	Name of Deceased Individual (Nombre del Fallecido)		No. Requested Copies (No. de Copias)		
	Exact Date of Death (Fecha Exacta del Evento)	Social Security Number (Numero de Seguro Social)			
	Place of Event (City/Town) [Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]		County (Condado)		
	Full Name of Deceased Individual's Parent A (Nombre completo de Padre/Madre A)		Full Name of Deceased Individual's Parent B (Nombre completo de Padre/Madre B)		