

OAKLAND BOARD OF HEALTH, 1 Municipal Plaza, Oakland, NJ 07436

Karin Kennedy Dubowick, Registrar, 201-337-9254, health@oakland-nj.org

Fees: \$25/1st copy, \$5/each add'l copy ordered at same time. Make checks payable to "Borough of Oakland"

APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD
APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS Ó CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-ANCESTRO

☒ I would like a Certified Copy . (<i>Quiero una copia certificada.</i>) ☐ 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>)			Preferred format (if available): (<i>Prefiero:</i>) ☐ Computer-generated copy of original. (<i>Copia del Original-Generado por Computadora</i>) ☐ 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>)		Reasons for Request: (<i>Motivo de solicitud</i>) ☐ Passport (<i>Pasaporte</i>) ☐ Driver's License (<i>Licencia de Conducir</i>) ☐ School/Sports (<i>Escuela/Deportes</i>) ☐ Veterans' Benefits (<i>Beneficios veteranos</i>) ☐ Social Security Card (<i>Tarjeta Seguro Social</i>) ☐ Social Security Disability (<i>SSI / Incapacidad</i>) ☐ Other SS Benefits (<i>Otros beneficios de seguro social</i>) ☐ Medicare (<i>Medicare</i>) ☐ Welfare (<i>Asistencia Pública</i>) ☐ Other (<i>Otro</i>) _____	
Current Mailing Address (Must Match address on ID) (<i>Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)</i>)					
City (<i>Ciudad</i>)	State (<i>Estado</i>)	Zip Code (<i>Código Postal</i>)	Daytime Telephone Number (<i>Número Telefónico</i>)		
Applicant's Signature (<i>Firma del Apicante</i>)		Date of Application (<i>Fecha</i>)			

☐ 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>)
	Full Name of Child's Parent A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>)		
	Full Name of Child's Parent B (if on record) (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento)</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>)		
☐ MARRIAGE (<i>MATRIMONIO</i>) ☐ CIVIL UNION (<i>UNIÓN CIVIL</i>) ☐ DOMESTIC PARTNERSHIP (<i>SOCIEDAD DOMÉSTICA</i>)	Full Name of Spouse A/Partner A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)
	Full Name of Spouse B/Partner B (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)</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>)	
☐ DEATH (<i>DEFUNCIÓN</i>)	Name of Deceased Individual (<i>Nombre del Fallecido</i>)		
	Exact Date of Death (<i>Fecha Exacta del Evento</i>)		No. Requested Copies (<i>No. de Copias</i>)
	Place of Event (City/Town) (<i>Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)</i>)		County (<i>Condado</i>)
	Full Name of Deceased Individual's Parent A (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)</i>)	Full Name of Deceased Individual's Parent B (<i>List name given at birth or on birth certificate</i>) (<i>Nombre completo de Padre/Madre B (Inscrito en el acta de nacimiento)</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
(<i>Todo Artículos en la Aplicación</i>) | ☐ Payment
(<i>Pago</i>) | ☐ Acceptable Forms of ID
(<i>Identificación Aceptable</i>) | ☐ Proof of Relationship
(<i>Prueba de Parentesco</i>) | ☐ Mailing Address Matches ID
(<i>Dirección Postal Coincidente con ID</i>) |
|---|---|--|---|---|

FOR OFFICIAL USE ONLY

Payment Type: ☐ Cash ☐ M/O ☐ Check ☐ Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By
--	------------------------------	------------	--------------