



JANE E. LUX, PUBLIC HEALTH ADMINISTRATOR
 and LOCAL REGISTRAR
 2550 N. ANNIE GLIDDEN ROAD
 DEKALB, IL 60115
 PHONE: 815-758-6673 / FAX: 815-748-2485
 HOURS: 8:00 AM-12:00 PM / 1:00 PM-4:30 PM M-F
 Email: birth&deathrecords@dekalbcounty.org
 visit us at www.dekalbcountyhealthdepartment.org

PETICION PARA ACTA DE NACIMIENTO

de Copias Solicitadas _____ Fecha de Hoy _____

Primera copia certificada es \$15.00; cada copia certificada adicional del mismo nacimiento, solicitada el mismo día es \$5.00. IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL ES REQUERIDA.

Nombre en el acta de Nacimiento _____
 Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Fecha de Nacimiento _____
 Mes Dia Año

Lugar de Nacimiento _____
 La ciudad, el Pueblo o la Aldea

El Apellido completo de soltera de la Madre _____
 Primer nombre Segundo Nombre Apellidos de Soltera

El Nombre y apellidos del Padre _____
 Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Yo, el abajofirmante por la presente certifico que como la persona cuyo registro es buscado, o como el padre, el guardián, o representante legal de la persona, es permitido legalmente según el Estatuto del Estado de Illinois (Registros Esenciales Actúan) recibir la copia certificada solicitada.

La persona que Solicita la Copia _____
 (Por favor use letra de molde) Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Relación _____ Telefono # _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

*** * * * * * * * * *

**** La firma de la Persona que Solicita la Copia ****

SOLICITUDES POR CORREO DEBEN INCLUIR EL PAGO Y UNA COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL.

FOR OFFICE USE ONLY:

Form of ID _____ Number on ID _____

Expiration Date _____ Personally known to _____

Registration # _____ Searchers Initials _____