



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](mailto:birth&deathrecords@dekalbcounty.org)  
 visit us at [www.dekalbcountyhealthdepartment.org](http://www.dekalbcountyhealthdepartment.org)

## PETICION PARA ACTA DE MUERTE

# de Copias Solicitadas \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Primera copia certificada es \$15.00; cada copia certificada adicional del mismo muerte, solicitada el mismo día es \$10.00. IDENTIFICACION CON FOTO ACTUAL ES REQUERIDA.

Nombre en el acta de Muerte \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Nombre Apellidos

Fecha de Muerte \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

Lugar de Muerte \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_