

<input type="checkbox"/> I would like a Certified Copy . FIRST COPY \$15.00 (Quiero una copia certificada.) ADDITIONAL COPIES \$5.00			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 (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) [Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]			
	Full Name of Child's Parent B (if on record) (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) [Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]			
	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/Partner A (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) [Nombre de Pareja A (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]		No. Requested Copies (No. de Copias)	
	Full Name of Spouse/Partner B (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) [Nombre de Pareja B (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]		Exact Date of Event (Fecha Exacta del Evento)	
	Place of Event (City, Town) [Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]		County (Condado)	
<input type="checkbox"/> CIVIL UNION (UNIÓN CIVIL)	Name of Deceased Individual (Nombre del Fallecido)			
	Exact Date of Death (Fecha Exacta del Evento)		No. Requested Copies (No. de Copias)	
	Place of Event (City/Town) [Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]		County (Condado)	
	Full Name of Deceased Individual's Parent A (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) [(Nombre completo de Padre/Madre A) (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]		Full Name of Deceased Individual's Parent B (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) [(Nombre completo de Padre/Madre B) (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]	
<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP (SOCIEDAD DOMÉSTICA)				
<input type="checkbox"/> DEATH (DEFUNCIÓN)				

INSTRUCTIONS

Identification is required for the purchase of vital records; a birth certificate, a government issued ID or two forms of non-picture ID. The ID must demonstrate the requestor's relationship to the record being requested. The address on the ID must be the same as the shipping address for mail requests

Checks or Money Orders are to be made payable to: "Paramus Board of Health"

Mail to:
Attention: Registrar
Paramus Board of Health
Borough Hall
1 Jockish Square
Paramus, NJ 07652
201-265-2100 Ext. 2300

Application Check List: 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 (Todo Artículos en la Aplicación)
 Payment (Pago)
 Acceptable Forms of ID (Identificación Aceptable)
 Proof of Relationship (Prueba de Parentesco)
 Mailing Address Matches ID (Dirección Postal Coincidente con ID)

FOR STATE USE ONLY

Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By
--	-----------------------	------------	--------------