



JORDAN Z. MARKS
**ASESOR/REGISTRADOR/
 ACTUARIO DEL CONDADO
 CONDADO DE SAN DIEGO**

www.sdarcc.gov

SOLICITUD DE
ACTA DE DEFUNCIÓN
 O CARTA DE NO RÉCORD

\$24.00 – POR COPIA

NO HAY REEMBOLSOS



FOR OFFICIAL USE ONLY

El Artículo 103526(c), del Código de Salud y Seguridad de la Ley del Estado de California, sólo permite que las personas autorizadas, como se define más adelante, reciban copias certificadas de Actas De Defunción. Los que no están autorizados por Ley para recibir una copia certificada recibirán una copia informativa certificada marcada "INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY."

Por favor espere 3 semanas a partir de la fecha del evento antes de presentar su solicitud. Si no podemos identificar el registro basado en la información proporcionada, la Ley nos requiere que mantengamos el pago y emitir una "LETTER OF NO RECORD". Se le pedirá que presente una **identificación con foto válida** para todas las solicitudes en persona.

FOR OFFICIAL USE ONLY - IN PERSON REQUEST

Type of identification provided:

- [] Driver's License [] Military ID
 [] Passport [] Other _____

Deseo recibir una **Copia Certificada** del acta identificada en el formulario de solicitud. *(Para recibir una copia certificada debe indicar su relación con la persona nombrada en la solicitud, seleccionando una de las opciones a continuación.)*

Deseo recibir una **Copia Informativa Certificada** del acta identificada en este formulario de solicitud o Carta De No Récord. *(Para recibir una copia Informativa no necesita seleccionar una de las opciones a continuación ni completar la Declaración de Identidad.)*

- Soy:
- Uno de los padres, hijo(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a) o pareja doméstica del registrado o el custodio legal del difunto (la persona nombrada en el certificado).
 - Una persona(s) con derecho a recibir el acta como resultado de una orden judicial. *(Incluya una copia certificada de la ORDEN JUDICIAL)*
 - Un miembro de una agencia a cargo del cumplimiento de la Ley, o un representante de una agencia gubernamental, como está previsto por la Ley, que esté llevando a cabo asuntos oficiales.
 - Un abogado representando al registrado o a la sucesión del registrado, o cualquier persona o agencia a la que se le hayan conferido poderes por Ley, o que haya sido designada por un tribunal para actuar en nombre del registrado o de la sucesión del mismo
 - Cualquier director funerario que solicite copias certificadas del acta de defunción en nombre de cualquier individuo especificado en los párrafos (1) a (5), inclusive, del inciso (a) del Artículo 7100.
 - Un individuo descrito en el párrafo (1) a (8), inclusive, de la subdivisión (a) del Código de Salud y Seguridad de 7100. Agente bajo el poder legal para el cuidado de la salud, cónyuge sobreviviente competente, hijo(a) adulto sobreviviente competente, padre/madre sobreviviente competente, hermano(a) adulto sobreviviente competente, persona adulta sobreviviente competente, respectivamente, en los siguientes grados de parentesco o conservador.

INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE DEFUNCIÓN: (POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA) - \$24.00 por cada copia certificada		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)
Fecha de Defunción	Condado Donde Falleció	Número de Copias

DECLARACION DE INDENTIDAD DE LA PERSONA AUTORIZADA - Solo en Persona

Yo, _____, juro bajo pena de perjurio que soy una person autorizada, indicada
 (Nombre del Solicitante)
 anteriormente, y soy elegible para recibir una copia certificada del acta de defunción identificado en este formulario de solicitud.
 Juro esto el día _____ de _____, 20____, en _____,
 (Día) (Mes) (Año) (Ciudad) (Estado)

 (Firma del Solicitante)

**TENGA EN CUENTA: SI SE PRESENTA POR CORREO
 COMPLETE LA DECLARACIÓN JURADA Y EL "CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGENT" EN LA PÁGINA 2**

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, juro bajo pena de perjurio y bajo las leyes del Estado de California, que soy una persona
(Nombre del Solicitante)
autorizada, tal como define el Artículo 103526(c), del Código de Salud y Seguridad de la Ley del Estado de California indicada anteriormente, y que soy elegible para recibir una copia certificada del acta de defunción de los siguientes individuos:

Nombre de la Persona en el Acta de Defunción	Número de Copias	Relación del Solicitante con la persona nombrada en el Acta de Defunción (Debe ser una relación que aparece en la página 1 de la solicitud)

Juro esto el día _____ de _____, 20____, en _____, _____
(Día) (Mes) (Año) (Ciudad) (Estado)

(Firma del Solicitante)

Nota: Si intenta presentar su orden por correo y está solicitando una Copia Certificada, entonces su declaración jurada debe estar notariada utilizando el Certificado de Reconocimiento que sigue a continuación. Se requiere que la solicitud este notariada solamente una vez aunque el solicitante tenga distintas relaciones autorizadas con respecto a cada acta que se solicita (por ejemplo: Madre en una solicitud y Persona registrada en otra solicitud, etc.)

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not to the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT

State of _____ County of _____

On _____ before me, _____
(Date) (Insert name and title of the officer)

personally appeared _____ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed, the instrument. I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

SIGNATURE OF NOTARY PUBLIC

Enviar el Certificado a:

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Correo electrónico _____
Teléfono (____) _____
Número de Copias _____ X \$24.00 = _____

Por favor envíe por correo esta solicitud junto con su pago (chequeo giro postal a nombre de "San Diego Recorder/County Clerk") a:

San Diego Recorder/County Clerk
ATTN: Vital Records
P.O. Box 121750
San Diego, CA 92112-1750