Departamento de Salud Pública Del Condado de Okanogan

Solicitud para el Acta de Nacimiento

$20.00 Por copia **Cantidad** _____ **# De recibo** _____ **Fecha:** ____/____/____

NOMBRE: _____
Nombre **Segundo Nombre** **Apellidos**

FECHA DE NACIMIENTO: _____
Mes **Día** **Año**

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
Ciudad **Condado** **Hospital**

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: _____
Nombre **Segundo Nombre** **Apellidos**

NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA DE LA MADRE: _____
Nombre **Segundo Nombre** **Apellidos**

Nombre: _____ **Teléfono:** **(** **)** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado** _____ **Zona Postal** _____

Mande un cheque o giro postal a la siguiente dirección:
Okanogan County Public Health
P.O. Box 231
Okanogan, WA 98840
(509) 422-7140

En caso de que no se encuentre ningún registro se cobrará una tarifa de $8.00 dólares solo por buscar, conforme a la ley RCW 70.58.107. Hay un reembolso de $12.00 dólares a petición, (solicitándolo por escrito) si no se encuentra ningún registro.

Por favor espere 2 semanas o más para actas de bebés recién nacidos.

Este servicio está disponible solamente para personas nacidas en el Estado de Washington desde 1922 hasta la fecha.

FOR OFFICE USE ONLY

When available should we: ☐ **Mail** ☐ **Call** **Date Mailed - Issued** _____

Received by:
Mail ☐ **Walk-in** ☐ **Certificate #:** _____
Staff Initials: _____

Comments: