

**HAINESPORT TOWNSHIP VITAL STATISTICS  
PO BOX 477, ONE HAINESPORT CENTRE  
HAINESPORT, NJ 08036**

**CERTIFIED COPY \$25/FIRST COPY AND \$5/ADDITIONAL COPIES (purchased at the same time)**

**APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD  
APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS Ó CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-ANCESTRO**

<input type="checkbox"/> I would like a <b>Certified Copy</b> . ( <i>Quiero una copia certificada.</i> ) <input type="checkbox"/> I would like a <b>Certification</b> . ( <i>Quiero una certificación.</i> ) Documents in need of an <b>Apostille Seal</b> must be obtained from the State. ( <i>Registros que necesitan un Sello de Apostille, deben ser obtenidos por la Oficina Estatal.</i> )			Preferred format (if available): ( <i>Prefiero:</i> ) <input type="checkbox"/> Computer-generated copy of original. ( <i>Copia del Original-Generado por Computadora</i> ) <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. ( <i>Imagen Digital/Fotocopia del Original</i> )		
Name of Applicant <i>(Nombre de Apicante)</i>		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) <i>[Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]</i>		Reasons for Request: ( <i>Motivo de solicitud</i> )	
Current Mailing Address ( <b>Must Match address on ID</b> ) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i>				<input type="checkbox"/> Passport ( <i>Pasaporte</i> ) <input type="checkbox"/> Driver's License ( <i>Licencia de Conducir</i> ) <input type="checkbox"/> School/Sports ( <i>Escuela/Deportes</i> ) <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits ( <i>Beneficios veteranos</i> ) <input type="checkbox"/> Social Security Card ( <i>Tarjeta Seguro Social</i> ) <input checked="" type="checkbox"/> Social Security Disability ( <i>SSI / Incapacidad</i> ) <input type="checkbox"/> Other SS Benefits ( <i>Otros beneficios de seguro social</i> ) <input type="checkbox"/> Medicare ( <i>Medicare</i> ) <input type="checkbox"/> Welfare ( <i>Asistencia Pública</i> ) <input type="checkbox"/> Other ( <i>Otro</i> ) _____	
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	Daytime Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i>		
Applicant's Signature ( <i>Firma del Apicante</i> )			Date of Application ( <i>Fecha</i> )		

<input type="checkbox"/> <b>BIRTH</b> <i>(NACIMIENTO)</i>	Full Name of Child at Time of Birth <i>(Nombre Completo al Nacer)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>		
	Place of Birth (City, Town) <i>[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	Exact Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>		
	Full Name of Child's Parent A ( <i>List name given at birth or on birth certificate</i> ) <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>				
	Full Name of Child's Parent B (if on record) ( <i>List name given at birth or on birth certificate</i> ) <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>				
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: <i>(Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):</i>				
<input type="checkbox"/> <b>MARRIAGE</b> <i>(MATRIMONIO)</i>	Full Name of Spouse A/Partner A ( <i>List name given at birth or on birth certificate</i> ) <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>		
	<input type="checkbox"/> <b>CIVIL UNION</b> <i>(UNIÓN CIVIL)</i>		Full Name of Spouse B/Partner B ( <i>List name given at birth or on birth certificate</i> ) <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		
	<input type="checkbox"/> <b>DOMESTIC PARTNERSHIP</b> <i>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</i>		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>		
Place of Event (City, Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>			
<input type="checkbox"/> <b>DEATH</b> <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased Individual <i>(Nombre del Fallecido)</i>				
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>		
	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>		
	Full Name of Deceased Individual's Parent A <i>(Nombre completo de Padre/Madre A)</i>		Full Name of Deceased Individual's Parent B <i>(Nombre completo de Padre/Madre B)</i>		

**Application Checklist: 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 OFFICIAL 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
--	-----------------------	------------	--------------