



State of New Jersey

DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
VITAL STATISTICS AND REGISTRATION

PO BOX 370
TRENTON, N.J. 08625-0370

www.nj.gov/health

CHRIS CHRISTIE
Governor

KIM GUADAGNO
Lt. Governor

MARY E. O'DOWD, M.P.H.
Commissioner

FOR BIRTH/DEATH RECORDS
PARA REGISTROS DE NACIMIENTO/MUERTE

\*\*This statement must be signed and dated in the presence of a notary or be accompanied by a photocopy of the Authorizing Person's valid photo identification. Authorized individual must also provide valid identification.\*\*

Este documento debe ser firmado y fechado ante un notario público o acompañado con una copia de identificación válida de la persona autorizante. El individuo autorizado debe también proveer prueba de identificación válida.

I, (Yo) \_\_\_\_\_ am (soy) \_\_\_\_\_ and (y)
Full Name of Authorizing Person Relationship to Individual on Record
(Nombre Completo de la Persona Autorizante) (Relación con el Individuo en Registro)

Give Written authorization to: \_\_\_\_\_
(Otorgo Autorizacion por Escrito a): Name of Authorized Individual (Nombre de Individuo Autorizado)

Who will obtain certified copies of vital records on my behalf. The information of the requested record is as follow
(Quien obtendrá copias certificadas del registro civil en mi nombre. La información del registro es la siguiente:

Name on Record (Nombre en Registro) \_\_\_\_\_
First (Primer) Last (Apellido)

Exact Date of Event (Fecha Exacta del Evento): \_\_\_\_\_
MM/DD/YYYY (Mes/Día/Año)

Location of Event (Lugar del Evento): \_\_\_\_\_
City & County (Ciudad & Condado)

Mother's Maiden Name (Nombre de Soltera de la Madre): \_\_\_\_\_
First (Primer) Last (Apellido)

Father's Name (Nombre del Padre): \_\_\_\_\_
First (Primer) Last (Apellido)

Signature (Firma): \_\_\_\_\_

Sworn to before me on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Notary Signature

Stamp