

New Jersey Department of Health
Office of Vital Statistics and Registry
P.O. Box 370
Trenton, NJ 08625-0370

**DELEGATION OF AUTHORITY TO RECEIVE CERTIFIED COPY OF VITAL RECORD
(FOR BIRTH / DEATH RECORDS)**
**DELEGACIÓN DE AUTORIDAD PARA RECIBIR UNA COPIA CERTIFICADA DE UN REGISTRO CIVIL
(PARA REGISTROS DE NACIMIENTO / MUERTE)**

*This statement must be signed and dated in the presence of a Notary Public 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 también debe proveer prueba de identificación válida.*

Full Name of Authorizing Person <i>(Nombre Completo de la Personal Autorizante)</i>	Relationship to Individual on Record <i>(Relación con el Individuo en Registro)</i>
--	--

I give written authorization to: *(Yo otorgo autorización por escrito a:)*

Name of Authorized Individual <i>(Nombre de Individuo Autorizado)</i>
--

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

Name on Record <i>(Nombre en Registro)</i>	First <i>(Primer)</i>	Last <i>(Apellido)</i>
Exact Date of Event (MM/DD/YYYY) <i>(Fecha Exacta del Evento) (Mes/Día/Año)</i>		
Location of Event (City and County) <i>(Lugar del Evento) (Ciudad y Condado)</i>		
Maiden Name of Mother <i>(Nombre de Soltera de la Madre)</i>	First <i>(Primer)</i>	Last <i>(Apellido)</i>
Name of Father <i>(Nombre del Padre)</i>	First <i>(Primer)</i>	Last <i>(Apellido)</i>
Signature of Authorizing Person <i>(Firma de la Personal Autorizante)</i>	Date <i>(Fecha)</i>	

Sworn to before me on this _____ day of _____, 20_____.

Signature of Notary Public: _____

(Stamp)