

**BOROUGH OF CARLSTADT  
BOARD OF HEALTH  
500 Madison Street  
Carlstadt, NJ 07072**

**APPLICATION FOR A GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD  
APLICACIÓN POR UNA COPIA CERTIFICADA Ó CERTIFICACIONES DE UN REGISTRO CIVIL 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 Apostille Seal must be obtained from the State. ( <i>Registros que necesitan un Sello de Apostille, deben ser obtenidos por la Oficina Estatal.</i> )		If available, I prefer the format of the certified copy to be: ( <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>	
Current Mailing Address ( <b>Must Match address on ID</b> ) <i>[Dirección Postal (Debe coecondir con identificación)]</i>		Reasons for Request: <i>(Motivo de solicitud)</i>	
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	<input type="checkbox"/> Genealogy <i>(Ancestral)</i>  <input type="checkbox"/> Dual Citizenship <i>(Doble Ciudadania)</i>  <input type="checkbox"/> Estate Matters <i>(Cuestiones de Herencia)</i>  <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> _____
Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i>		Date of Application <i>(Fecha)</i>	

<input type="checkbox"/> <b>BIRTH</b> <i>(NACIMIENTO)</i>  (over 80 years ago) <i>(más de 80 años)</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) ( <b>Optional</b> ) <i>[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	Date of Birth or Year(s) to be searched <i>(Fecha de Nacimiento ó años de busqueda)</i>
	Child's Mother's Full Maiden Name ( <b>Optional</b> ) <i>(Nombre completo de soltera de la Madre)</i>	Child's Father's Name ( <b>Optional</b> ) <i>(Nombre del Padre)</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>  (over 50 years ago) <i>(más de 50 años)</i>	Name of Husband <i>(Nombre de Esposo)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Maiden Name of Wife <i>(Nombre Soltera de Esposa)</i>		Date of Event or Year(s) to be searched <i>(Fecha del Evento ó años de busqueda)</i>
	Place of Event (City, Town) ( <b>Optional</b> ) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>DEATH</b> <i>(DEFUNCIÓN)</i>  (over 40 years ago) <i>(más de 40 años)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Place of Event (City/Town) ( <b>Optional</b> ) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	Date of Death or Year(s) to be searched <i>(Fecha de muerte ó años de busqueda)</i>
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother ( <b>Optional</b> ) <i>(Nombre Soltera de la Madre)</i>	Name of Deceased Individual's Father ( <b>Optional</b> ) <i>(Nombre del Padre)</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 Articulos 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 _____
--	-----------------------------	------------------	--------------------