BOROUGH OF GARWOOD
REGISTRAR OF VITAL STATISTICS
403 SOUTH AVENUE
GARWOOD, NJ 07027
908-789-0710

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

☐ I would like a ***Certified Copy.***
(Quiero una copia certificada.)
☐ I will be forwarding the **Certified Copy** for an **Apostille Seal.**
(Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)
☐ I would like a ***Certification.***
(Quiero una certificación.)

If available, I prefer the format of the certified copy to be:
(Prefiero:)
☐ Computer Generated copy of original.
(Copia del Original-Generado por Computadora)
☐ Digital Image/Photocopy of original.
(Imagen Digital/Fotocopia del Original)

Name of Applicant *(Nombre de Aplicante)*	Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) *[Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]*	Reasons for Request: *(Motivo de solicitud)* ☐ Passport *(Pasaporte)* ☐ Driver's License *(Licensia de Conducir)* ☐ School/Sports *(Escuela/Deportes)* ☐ Veterans' Benefits *(Beneficios veteranos)* ☐ Social Security Card *(Tarjeta Seguro Social)* ☐ Social Security Disability *(SSI / Incapacidad)* ☐ Other SS Benefits *(Otros beneficios de seguro social)* ☐ Medicare *(Medicare)* ☐ Welfare *(Asistencia Pública)* ☐ Other *(Otro)*
Current Mailing Address ***(Must Match address on ID)*** *[Dirección Postal (Debe coeincedir con identificación)]*		
City *(Ciudad)* State *(Estado)* Zip Code *(Codigo Postal)*	Daytime Telephone Number *(Número Telefónico)*	
Applicant's Signature *(Firma del Aplicante)*	Date of Application *(Fecha)*	

☐ **BIRTH** ***(NACIMIENTO)***	Full Name of Child at Time of Birth *(Nombre Completo al Nacer)*		No. Requested Copies *(No. de Copias)*
	Place of Birth (City, Town) *[Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo)]*	County *(Condado)*	Exact Date of Birth *(Fecha de Nacimiento)*
	Child's Mother's Full Maiden Name *(Nombre completo de soltera de la Madre)*	Child's Father's Name (if on record) *[Nombre del Padre (si esta registrado)]*	
	If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed: *(Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado):*		
☐ **MARRIAGE** ***(MATRIMONIO)*** ☐ **CIVIL UNION** ***(UNIÓN CIVIL)*** ☐ **DOMESTIC PARTNERSHIP** ***(SOCIEDAD DOMÉSTICA)***	Name of Husband/ Partner *(Nombre de Esposo/Pareja)*		No. Requested Copies *(No. de Copias)*
	Maiden Name of Wife/ Partner *(Nombre Soltera de Espose/Pareja)*		Exact Date of Event *(Fecha Exacta del Evento)*
	Place of Event (City, Town) *[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]*		County *(Condado)*
☐ **DEATH** ***(DEFUNCIÓN)***	Name of Deceased *(Nombre del Fallecido)*	Social Security Number *(See Note)* *[Numero de Seguro Social (Ver Indice)]*	No. Requested Copies *(No. de Copias)*
	Exact Date of Death *(Fecha Exacta ded Evento)*	Place of Event (City/Town) *[Lugar del Evento (Ciudad, pueblo)]*	County *(Condado)*
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother *(Nombre Soltera de la Madre)*	Name of Deceased Individual's Father *(Nombre del Padre)*	

Application Check List: 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 Borough Use Only			
Payment Type: ☐ Cash ☐ M/O ☐ Check ☐ Waived	Payment Amount: $	ID Viewed:	Processed By

REG-27
JAN 09