



City of Pharr Vital Statistics
 118 S. Cage Blvd / P.O. Box 1729
 Pharr, Texas 78577

Phone (956) 402-4000 www.pharr-tx.gov

Uso Oficial
 Cert#
 By:
 Date Mailed: _____

SOLICITUD POR CORREO POSTAL DE ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION

Actas de Nacimiento				Actas de Defuncion			
Tipo	Costo	# de copias	Total	Tipo	Costo	# de copias	Total
Formato Largo <input type="checkbox"/>	\$23.00			Copia Certificada (1 copia)	\$21.00	1	\$21.00
Protector de plastico <input type="checkbox"/>	\$2.00			Copias adicionales	\$4.00		
Total (Money order payable to City of Pharr)				Total (Money Order payable to City of Pharr)			

INFORMACION DEL REGISTRO DE NACIMIENTO O DEFUNCION (PARTE I)

Nombre Completo de la Persona en el Acta	Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido
Fecha de Nacimiento o Defuncion	Mes	Dia	Año	
Lugar de Nacimiento o Defuncion	(Solo) Pharr	Condado Hidalgo		Estado Texas
Nombre Completo del Padre	Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido
Nombre Completo de la Madre	Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido

Informacion de la Persona que Solicita el Acta (Parte II)

Nombre	# de Telefono	Correo electronico	
Domicilio	Numero y Calle	Ciudad	Estado Codigo Postal
Relacion con la Persona mencionada en el Acta		Proposito de obtener el Acta	
<input type="checkbox"/> Yo autorizo el envio al siguiente domicilio. He verificado que en este domicilio puedo recibir el pedido			
Nombre de la Persona que recibe las copias, si es distinto al nombre del solicitante			
Domicilio para copias, sie es distinto al nombre del solicitante			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	

DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (DEBE FIRMARSE ANTE UN NOTARIO PUBLICO) (PARTE III)

STATE OF _____ COUNTY OF _____ Before me on this day appeared _____
 (Applicant's Name)

Now residing at _____
 (Address) (City) (State)

Who is related to the person named on Part I as _____ and who on oath deposes and says that the contents of this affidavit are true and correct.
 (Relationship)

The Applicant presented the following type and number of identification _____

Applicant Signature _____
 Sworn to and subscribed before me, this ____ day of ____, 20__.

Signature of Notary Public and Notary ID Number _____

(Seal) Typed or Printed Name: _____

Commission Expires: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

ADVERTENCIA: ES UN DELITO FALSIFICAR INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO. LA MULTA POR HACER UNA DECLARACIÓN FALSA A CONOCIMIENTO EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000. (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPÍTULO 195, SEC. 195.003. REV. 07/2022

ENVIE ESTA SOLICITUD POR CORREO, INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACIÓN Y GIRO POSTAL A:

City of Pharr Vital Statistics
 118 S. Cage Blvd / P.O. Box 1729, Pharr, Texas 78577