

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. Authorized individual must also provide valid identification.

Este documento debe ser firmado y fechado ante un notario público. El individuo autorizado también debe proveer prueba de identificación válida.

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

I give written authorization to: (Yo otorgo autorización 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 follows:
(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)	Middle (Segundo)	Last (Apellido)
Exact Date of Event (MM/DD/YYYY) (Fecha Exacta del Evento) (Mes/Día/Año)		
Location of Event (City and County) (Lugar del Evento) (Ciudad y Condado)		
Full Name of Parent A (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) (Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento o nombre de soltera)) First (Primer)		Middle (Segundo)
Full Name of Parent B (List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) (Nombre completo de Padre/Madre B (Inscrito en el acta de nacimiento o nombre de soltera)) First (Primer)		Middle (Segundo)
Signature of Authorizing Person (Firma de la Personal Autorizante)		Date (Fecha)

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

Signature of Notary Public: _____

(Stamp)