



Con el fin de reducir el robo de identidad, el Código de Salud y Seguridad de California 103526 permite que únicamente las personas autorizadas como se define abajo puedan recibir copias certificadas AUTORIZADAS del acta de defunción. Aquellas personas que no están autorizadas por ley, únicamente pueden recibir copias certificadas INFORMATIVAS marcadas con lo siguiente:

**“INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY”**

<b>3</b>	Solicito una copia certificada <b>AUTORIZADA</b>	Solicito una copia certificada <b>INFORMATIVA</b> FIRME AQUI: _____ Por favor proceda la sección # 5
<b>Para obtener una Copia Autorizada, Yo soy:</b>  El padre/madre o guardián legal del difunto (Si es guardián legal, se requiere presentar documentación.)  Hijo(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a), o compañero domestico del difunto.  Un miembro de la agencia policiaca u otra agencia gubernamental autorizada por ley para conducir negocios oficiales. (Si es una empresa representando una agencia gubernamental deberá proveer la autorización de la agencia gubernamental.)  Un individuo autorizado por orden de la corte para obtener el certificado de defunción. (Incluya una copia de la orden de la corte.)		Un individuo mencionado en los párrafos del (1) a el (8), inclusive, de la subdivisión (a) de la sección 7100 del Código del Departamento de Salud y Seguridad de California. Un agente bajo poder notarial para la asistencia médica, persona adulta competente, sobreviviente y respectivamente con en el siguiente grado de parentesco, conservador de la persona o patrimonio del difunto.  Un abogado representando los bienes o la(s) propiedades del difunto, u otra persona o agencia autorizada por una orden de la corte para actuar en representación del difunto o de la(s) propiedades del difunto. (Por favor incluya una copia del documento demostrando su poder notarial o documentación que lo nombra albacea.)  Una funeraria solicitando copias certificadas de defunción por parte de una persona especificada de acuerdo a los párrafos (1) a (5), inclusive, de subdivisión (a) de la sección 7100 del Código del Departamento de Salud y Seguridad de California.

<b>4</b>	Yo soy _____ del difunto (Por ejemplo Hijo(a), Padre/Madre, Esposo(a), etc.).
----------	---

<b>5</b>	<b>Solicitante:</b> Nombre: _____ Fecha: _____ No. de copias: _____ Agencia (si aplica): _____ Domicilio: _____ Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	<b>Enviar a (si es diferente del solicitante):</b> Nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____
----------	---	---

**PARA COPIAS CERTIFICADAS AUTORIZADAS SOLAMENTE (NO SE REQUIERE PARA COPIAS INFORMATIVAS):**

<b>6</b>	<b>PARE! USTED DEBE FIRMAR EN LA PRESENCIA DE UN NOTARIO PUBLICO O DEL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL</b> Yo, _____ declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que la información precedente es verdadera y correcta. <small>(Nombre del solicitante/en letra de molde)</small> Firma: _____ Fecha: _____ Ciudad y Estado: _____
----------	--

<b>7</b>	<b>CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT – TO BE COMPLETED BY A NOTARY PUBLIC</b>	No se requiere para agencias gubernamentales o funerarias
A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.		
STATE OF _____ COUNTY OF _____ On _____ before me, _____, Notary Public, personally <small>(Date) (Printed Name of Officer) (Title of Officer)</small> appeared _____, who proved to me on the basis of satisfactory <small>(Name of Requestor)</small> evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct. WITNESS my hand and official seal.  Signature _____  Printed name of notary: Commission number: _____ Date of expiration: _____ <span style="float: right;">(Seal)</span>		

**JOSEPH E. HOLLAND**  
County Clerk, Recorder and Assessor  
Registrar of Voters



Hall of Records  
1100 Anacapa St.  
Santa Barbara, CA 93101

Mailing Address:  
PO Box 159  
Santa Barbara, CA 93102

**MELINDA GREENE**  
Chief Deputy Clerk-Recorder

**COUNTY CLERK, RECORDER AND ASSESSOR  
CLERK-RECORDER DIVISION**

**CLERK-RECORDER CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM**  
VISA/MASTERCARD/DISCOVER ONLY  
NO AMERICAN EXPRESS

I hereby authorize the Office of the County Clerk-Recorder to charge the following credit card for payment of requested service:

**Applicant Name:** \_\_\_\_\_

**Phone #:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Cardholder** (name as appears on credit card): \_\_\_\_\_

**Credit Card Number:** \_\_\_\_\_ **Exp Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(American Express Not Accepted)

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Cardholder Phone Number:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Cardholder Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Note: This credit card authorization form will be kept on file for 60 days from date of service. Any disputed charges made in conjunction with this request, shall be made within 45 days from date of service.*

<p><b>OFFICE USE ONLY</b></p> <p>Transaction #: _____</p>
---