

Favor de Escribir Claramente

REGISTRO CIVIL DE PROVIDENCE, ALCALDIA DE PROVIDENCE, #104, 25 DORRANCE ST. PROVIDENCE, R.I. 02903

Solicitud para una Copia Certificada de una Acta de Nacimiento

Favor completar TODAS las casillas del 1 al 5:

1. Por favor llene toda la información abajo para la persona cuyo acta de nacimiento usted está pidiendo:

Nombre completo al nacer _____ Edad Actual _____

Nuevo nombre cambiado por la corte (excluye matrimonio)

Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Hospital
15/05/1990	San Salvador	Hospital General de San Salvador
22/08/1992	San Salvador	Hospital General de San Salvador
10/03/1995	San Salvador	Hospital General de San Salvador
05/07/1998	San Salvador	Hospital General de San Salvador
18/11/2000	San Salvador	Hospital General de San Salvador
01/02/2003	San Salvador	Hospital General de San Salvador
12/06/2005	San Salvador	Hospital General de San Salvador
25/09/2007	San Salvador	Hospital General de San Salvador
08/12/2009	San Salvador	Hospital General de San Salvador
20/04/2012	San Salvador	Hospital General de San Salvador
03/07/2014	San Salvador	Hospital General de San Salvador
16/10/2016	San Salvador	Hospital General de San Salvador
29/01/2018	San Salvador	Hospital General de San Salvador
11/05/2020	San Salvador	Hospital General de San Salvador
24/08/2022	San Salvador	Hospital General de San Salvador

Nombre de soltera de la madre

Nombre completo del padre

2. Complete uno de los siguientes:

Estoy solicitando el acta de nacimiento de:

☐ mi mismo(a) ☐ mi hijo/hija ☐ mi madre/padre

☐ mi nieto maternal ☐ mi nieto paternal ☐ mi hermano/hermana

☐ mi cliente. Soy abogado y represento a

Mi oficina es

☐ otra persona (especifique): _____

3. ¿Para qué necesita usted esta acta? (Hacemos esta pregunta para proveerle una copia adecuada a sus necesidades)

☐ escuela ☐ licencia ☐ beneficios para veteranos ☐ seguro social ☐ pasaporte ☐ otro país

☐ empleo ☐ WIC ☐ welfare ☐ otro uso:

4. La primera copia cuesta \$20.00 y cada copia adicional cuesta \$15.00.

☐ Copia completa ¿Cuántas desea?

☐ Copia tamaño bolsillo ¿Cuántas desea? _____ (No todas las oficinas aceptan este tipo de copia)

5. Declaro que la información que he sometido en la casilla número 2 es correcta y que no estoy violando la Sección 23-3-8 de la Leyes Generales de Rhode Island (impresa en el dorso de este formulario).

Favor de firmar _____

Escriba su nombre en molde

Escriba su dirección _____

calle o dirección postal	ciudad/pueblo	estado	codigo postal

*****LA SIGUIENTE INFORMACION ES SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA*****

Type of picture ID: _____ ID number: _____ ID issued by: _____
VS-82D-ESP (Rev. 3/03/03)

*****LA SIGUIENTE INFORMACION ES SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA*****

State/Local File # _____ Amt. rec'd _____ Rec't _____ Date sent _____ Initials _____

Birth Death Marriage

Number of first copies _____ _____ _____

Number of additional copies _____ _____ _____

Number of searches _____

Additional years searched _____

FOR STATE US ONLY: Delayed filing _____ Correction _____ P/L _____ A _____

Sección 23-3-28 de las Leyes Generales

Yo entiendo que la Sección 23-3-28 de las Leyes Generales de Rhode Island prescriben penalidades por cualquiera de las siguientes violaciones:

Cualquier persona que intencionalmente y a sabiendas hace cualquier declaración falsa en un reporte, registro, certificado, o aplicación para enmienda del mismo, o que intencionalmente y a sabiendas provee información con la intención de que dicha información sea utilizada en la preparación de cualquiera de estos reportes, registros, o certificados, o enmiendas de los mismos... recibirá (si es encontrada culpable) una multa no superior a los mil dólares (\$1,000) ó será encarcelada por un periodo no superior al año, o ambas cosas.