

# CONDADO DE KLAMATH FORMULARIO DE PEDIDO DE PARTIDAS DE DEFUNCIÓN



\* Registro solo estan disponibles en el condado de Klamath por 6 meses de la fecha de defuncion. \$25 por la primera copia; Y \$25 por cada copia adicional solicitada al mismo tiempo.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CANTIDAD COPIA CERTIFICADA, Formulario del hecho defunción – sin causa de muerte (disponible desde 1978 hasta el presente)

\_\_\_\_\_ CANTIDAD COPIA CERTIFICADA, Formulario largo – Con causa de muerte

1. Nombre del difunto \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

2. Cónyuge de difunto \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

3. Lugar de fallecimiento \_\_\_\_\_ **OREGON**  
Ciudad Condado

4. Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

5. Nombre de la persona \_\_\_\_\_ que solicita la partida  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

6. Parentesco suyo con la \_\_\_\_\_ persona en la línea 1

7. Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

8. Dirección \_\_\_\_\_

9. Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

★ **NOTA:** Persona ordenando debe tener una copia de I.D. valida y legible or un document repretante legal.

\*De acuerdo con la ley - ORS 432.121 el acceso a las partidas de defunción está restringido durante 50 años al los miembros, de la familia , sus representantes legales, agencias gubernamentales, personas autorizadas o registradas bajo ORS 703.430 y personas con derecho personal o de propiedad. Los tutores legales deben adjuntar una copia del documento legal. Si Ud. no es elegible, adjunte una nota de autorización escrita firmada por una persona elegible. La firma debe estar certificada por un notario publico.

*De Aviso: El proveer a sabiendas, información falsa es un delito mayor según ORS 432.900*

Office use Only	
Date _____	
Fee Charged \$ _____	Cash _____ Check # _____ CC _____
Received By _____	Ordering ID # _____
Receiving ID # _____	Date: _____
Paper #'s: _____	Order #: _____