



Cheryl Becker, Midland County Clerk
200 W. Wall, Suite 105
Midland, TX 79701

(432) 688-4401 / Fax: (432) 688-4925

APPLICATION FOR CERTIFIED COPY OF DEATH CERTIFICATE
(Aplicación para registro de difunto)

Please attach a photocopy of ID to application for all births. Administrative rules require that on any restricted record, all boxed information must be answered, relationship, and purpose be provided in order to issue the record.
 (Por favor aplique su copia de identificación para el registro. Reglas administraciones requiere que en archivos restringidos, toda información en la caja sea contestada, relación, y propósito para entregar la acta de defunto.)

CERTIFICATE # _____

1st Copy _____ \$21.00

Add'l Copy _____ \$4.00

VOLUME _____ PAGE _____

RECEIPT # _____

Forms of payment accepted: No personal checks
 Mail Request – Cashier's Check or money order.
 Internet Request: Credit Card
 Office Visit: Cash only
 No aceptamos cheques de cuenta personal
 En oficina: aceptamos pago en efectivo
 Internet: aceptamos tarjetas de crédito
 Por correo: aceptamos cheque del cajero y giro postal

PLEASE PRINT (Por favor escribir en letra de molde)

1. Full Name of Person on Record (Nombre de difunto/difunta)	First Name(Primer)	Middle Name(Segundo)		Last Name (Apellido)
2. Date of Death: → (Fecha de difunto)	Month(Mes)	Day(Día)	Year(Año)	3. Sex(Masculino o Femenino)
3. Place of Death: → (Ciudad en donde ocurrió muerte)	City (Ciudad)	County (Condado)	State(Estado)	Country (país)
		MIDLAND	TEXAS	U S A
5. Full Name of Father: → (Nombre del padre)	First Name(Primer)	Middle Name(Segundo)		Last Name(Apellido)
6. Full Maiden Name of Mother: → (Nombre de la Madre)	First Name(Primer)	Middle Name(Segundo)		Maiden Name (Apellido de Soltera)

7. Applicant's Name _____ 8. Telephone# () _____
 (Nombre de solicitante) (No. De Teléfono) (Mon.-Fri 8:00-5:00)

9. Mailing Address _____
 (Dirección) STREET ADDRESS (No. de Calle) CITY(Ciudad) STATE(Estado) ZIP(Codigo)

10. Relationship to Person on Certificate _____
 (Su relación al difunto/difunta)

11. Purpose for Obtaining This Certificate _____
 [Su propósito para obtener el registro]

 SIGNATURE OF APPLICANT (Su Firma)

 DATE(Fecha)

Identification Type and Number _____

Deputy _____

WARNING: THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT IN THIS FORM CAN BE 2-10 YEARS IN PRISON AND A FINE UP TO \$10,000/ (HEALTH & SAFETY CODE, CHAPT. 678, SEC. 195.003)
ADVERTENCIA: LA PENA POR HACER ALGUNA DECLARACION FALSA EN ESTA FORMA PUEDE SER DE 2-10 AÑOS EN PRISION Y UNA MULTA HASTA \$10,000. EN ACUERDO CON HEALTH AND SAFTEY CODE, CHAPTER 678, SEC. 195.003