

Springfield/Greene County Departamento de Salud

Departamento de Salud de Missouri
Agencia de Registro de Personas
Aplicación para una Copia Certificada de Fallecimiento

Las copias certificadas de las partidas de defunción pedidas en la misma visita para la misma persona serán cobradas a \$13.00 por la primera copia y \$10.00 por cada copia adicional. La aplicación debe ser acompañada con el correspondiente pago. No mande dinero en efectivo si usted envía por correo la aplicación. Por favor redacte con letra de imprenta. Escriba el cheque o giro postal a nombre de:
Greene County Treasurer

Si envía la aplicación por correo esta es la dirección:
Springfield/Greene County Health Department
Vital Records Section
227 East Chestnut Expressway
Springfield, MO 65802

Cantidad de copias requeridas : _____

Nombre completo del difunto	Primer	Segundo	Apellido
¿Pudiera estar registrado bajo otro nombre? _____			Sexo _____

Fecha de fallecimiento	Mes / Día / Año
------------------------	-----------------

Lugar de fallecimiento	Ciudad	Estado
------------------------	--------	--------

Nombre del esposo (a)	Primer	Segundo	Apellido
-----------------------	--------	---------	----------

Firma del solicitante _____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono (_____) _____

AVISO: Las solicitudes para un certificado de defunción completada con datos falsos son un delito con penas que van desde multas de hasta \$5.000 o cinco (5) años de prisión o ambos (RSMo 193.315)

FOR OFFICE USE ONLY – SOLO PARA USO OFICIAL

Date _____ Paid \$ _____ Cash _____

Money Order _____ Check _____ Credit Card _____

Certificate # _____ Receipt # _____

Springfield-Greene County Health Department * 227 E Chestnut Expressway * Springfield, MO 65802
(417) 864-1658 * (417) 864-1099 fax * Email: health@springfieldmo.gov * www.springfieldmo.gov/health/