



**ST. JOSEPH COUNTY**  
DEPARTMENT OF HEALTH  
Prevent. Promote. Protect.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE ST. JOSEPH  
8<sup>TH</sup> FLOOR COUNTY-CITY BUILDING, 227 WEST JEFFERSON BOULEVARD  
SOUTH BEND, INDIANA 46601-1870  
PHONE: 574-235-9639 - FAX: 574-235-9960

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCION**

**Formas de pago**

**EN LA OFICINA:** Dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover, Giro postal o cheque de caja (A nombre de: St. Joseph County Department of Health)

**EN LÍNEA:** Visite [www.sjcindiana.com](http://www.sjcindiana.com). para pagar con Visa, MasterCard o Discover

**SI HACE LA SOLICITUD POR CORREO:** Giro postal o cheque de caja (A nombre de: St. Joseph County Department of Health)

**NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES**

**UPS ENTREGA AL DÍA SIGUIENTE:** Visite a [www.VitalChek.com](http://www.VitalChek.com)

Date: \_\_\_\_\_ Transaction#: \_\_\_\_\_  
Amount: \_\_\_\_\_ Tender: CHG CHK Cash

Office Use Only

**Número de copias solicitadas: \_\_\_\_\_ x \$15.00 cada copia certificada o sin certificación**

**¿El registro en que está interesado es anterior a 1955?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_**

**El costo de la búsqueda de registros anteriores a 1955, es \$7 por uno a seis nombres si no tienes un número de libro y página.**

1. Nombre Entero del Difunto: \_\_\_\_\_
2. Fecha de fallecimiento (si no lo sabe aproximadamente): \_\_\_\_\_
3. El lugar del fallecimiento (Ciudad o Hospital): \_\_\_\_\_
4. Relación a la persona referida en el número 1: \_\_\_\_\_
5. Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_
6. Dirección postal: \_\_\_\_\_
7. Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_
8. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número Alternativo: \_\_\_\_\_

**➔ ➔ ➔ SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN PARA TODAS LAS COPIAS ← ← ←**

**PRUEBA DE RELACIÓN REQUERIDA PARA COPIAS CERTIFICADAS SOLAMENTE**

**ADVERTENCIA:** La aplicación falsa, la alteración, la mutilación o la falsificación de certificados de defunción de Indiana es un delito penal según el Código de Indiana 16-37-1-12.