



WASHINGTON TOWNSHIP, BURLINGTON COUNTY

2436 ROUTE 563

EGG HARBOR CITY, NEW JERSEY 08215

PH: (609) 965-3242 FAX: (609) 965-1641

DUDLEY H. LEWIS – MAYOR

DANIEL JAMES – TOWNSHIP COMMITTEE

BARRY F. CAVILEER – TOWNSHIP COMMITTEE

KATHLEEN D. HOFFMAN, RMC/CMR TOWNSHIP CLERK

LA SHAWN R. BARBER, RMC/CMR DEPUTY TOWNSHIP CLERK

VICTORIA L. BORAS, CTC, TAX COLLECTOR

**APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD
 APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS O CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-ANCESTRO**

I would like a **Certified Copy**
(Quiero una copia certificada)

I will be forwarding the **Certified Copy for an Apostille Seal**
(Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada)

I would like a **Certification**.
(Quiero una certificación)

If available, I prefer the format of the certified copy to be:
(Prefero)

Computer Generated copy of original
(Copia del Original-Generado por Computadora)

Digital image/Photocopy of original
(Imagen Digital/Fotocopia del Original)

Name of Applicant
(Nombre de Aplicante)

Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested)
(Relación al individuo (Pruebas es requerida para copia certificada))

Reasons for Request
(Motivo de solicitud)

Passport *(Pasaporte)*

Driver's License
(Licencia de Conducir)

School/Sports *(Escuela/Deportes)*

Veterans' Benefits
(Beneficios veteranos)

Social Security Card
(Tarjeta Seguro Social)

Social Security Disability
(SSI / Inc. aptitudinal)

Other SS Benefits
(Otros beneficios de seguro social)

Medicare *(Medicare)*

Welfare *(Asistencia Pública)*

Other *(Otro)*

Current Mailing Address **(Must Match address on ID)**
(Dirección Postal (Debe coincidir con identificación))

City *(Ciudad)* State *(Estado)* Zip Code *(Código Postal)*

Daytime Telephone Number
(Número telefónico)

Applicant's Signature *(Firma del Aplicante)* Date of Application *(Fecha)*

<input type="checkbox"/> BIRTH <i>(NACIMIENTO)</i>	Full Name of Child at Time of Birth <i>(Nombre Completo al Nacer)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Place of Birth (City, Town) <i>(Lugar de Nacimiento (Ciudad, Pueblo))</i>	County <i>(Condado)</i>	Exact Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>
	Child's Mother's Full Maiden Name <i>(Nombre completo de soltera de la Madre)</i>		Child's Father's Name (if on record) <i>(Nombre del Padre (si esta registrado))</i>
If the Child's Name was Changed, Indicate New Name and How it was Changed <i>(Si el nombre del niño fue cambiado, indique el nuevo nombre y como fue cambiado)</i>			
<input type="checkbox"/> MARRIAGE <i>(MATRIMONIO)</i>	Name of Husband/ Partner <i>(Nombre de Esposo/ Pareja)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	<input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i>		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>
	Maiden Name of Wife/ Partner <i>(Nombre Soltera de Esposa/ Pareja)</i>		County <i>(Condado)</i>
<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDAD DOMESTICA)</i>	Place of Event (City, Town) <i>(Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo))</i>		
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del fallecido)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Social Security Number (See Note) <i>(Número de Seguro Social (Ver Índice))</i>		
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>	Place of Event (City/Town) <i>(Lugar del Evento (Ciudad, pueblo))</i>	County <i>(Condado)</i>
	Maiden Name of Deceased Individual's Mother <i>(Nombre Soltera de la Madre)</i>		Name of Deceased Individual's Father <i>(Nombre del Padre)</i>

Application Check List: Have you enclosed and completed all required information?

(Lista Comprobada: ¿A Usted Incluido y Completado Toda la Información Requerida en la Aplicación?)

- A) Return of Application Payment Acceptable Forms of ID Proof of Relationship Mailing Address Matches ID
(Devolver formulario con la Aplicación) (Pago) (Identificación Aceptable) (Prueba de Parentesco) (Dirección Postal Coincide con ID)

REC-27
 JAN 01

FOR STATE USE ONLY				
Payment Type	Payment Amount	ID Viewed	Processed By	
Cash M/O Check Waived	\$			