

OFFICE USE ONLY Cert. #
DOCUMENT CONTROL#
By _____

OFFICE USE ONLY
Receipt/Track No. _____
Amount \$ _____
Cash _____ Check _____
Date _____
By _____

**Johnson County Clerk  
P.O. Box 1986  
Cleburne, Texas 76033  
(817) 556-6191**

**Aplicación De  
Nacimiento o Fallicimiento**

<b>NACIMIENTO</b> <input type="checkbox"/>
# Requested _____
Certified Copies X \$23.00 = _____

<b>FALLECIMIENTO</b> <input type="checkbox"/>
# Requested _____
Certified Copy X \$21.00 = _____
Extra Copies of Same Record X \$4.00= _____

**POR FAVOR LETRA DE IMPRENTA**

1. Nombre completo de persona en el certificado	Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido
2.Fecha de cuando nacio o fallecio	Mes	Día	Año	3. Sexo
4. Lugar donde nacio o fallecio	Ciudad	Condado		Estado
5.Nombre completo Del padre	Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido
6. Nombre completo de la madre	Primer Nombre	Segundo Nombre		Apellido de Soltera

7. Tu Nombre: \_\_\_\_\_ 8. Teléfono # : \_\_\_\_\_

9. Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

10. Relación de la persona nombrado en el 1: \_\_\_\_\_

11. La razón para obtener este certificado: \_\_\_\_\_

12. Información adicional para obtener el certificado de fallecimiento.

Seguro Social de la persona \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

13. Si la copia del certificado a de ser mandado por correo a otra persona, favor de llenar:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**WARNING: THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT IN THIS FORM CAN BE 2-10 YEARS IN PRISON AND A FINE OF UP TO \$10,000. (HELATH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195. 003)**

\_\_\_\_\_  
Tu Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Aplicación

<b>OFFICE USE ONLY</b>
Identification type (DL, ID Card, ect) _____
Number (on DL, ID card, ect) _____