

TOWNSHIP OF  LIVINGSTON

LOUIS E. ANELLO
DIRECTOR OF HEALTH

ROSE S. VIRGADAMO
REGISTRAR

Department of Health, Welfare and Human Services
204 HILLSIDE AVENUE • LIVINGSTON, NJ 07039
www.livingstonnj.org
973-535-7961

\$15.00 PER COPY, CASH OR MONEY ORDER ONLY – NO PERSONAL CHECKS

Please complete the form below to receive a certified copy of a vital record. A DMV photo I.D. of yourself or two forms of I.D. with your name and current address are required.

If you choose to mail in your request, you must include a self-addressed, stamped return envelope. Two forms of I.D. with name and current address are also required, along with payment of \$15.00, cash or money order only. We are not responsible for cash sent through the mail.

Name of Applicant <i>(Nombre de Apicante)</i>			Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested). <i>[Relación al individuo (Pruebas requerida para copia certificada).]</i>		Reasons for Request: (Motivo de solicitud) <input type="checkbox"/> Passport <i>(Pasaporte)</i> <input type="checkbox"/> Driver's License <i>(Licencia de Conducir)</i> <input type="checkbox"/> School / Sports <i>(Escuela / Deportes)</i> <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits <i>(Beneficios Veteranos)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Card <i>(Tarjeta Seguro Social)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Disability <i>(SSI / Incapacidad)</i> <input type="checkbox"/> Other SS Benefits <i>(Otros beneficios de seguro social)</i> <input type="checkbox"/> Medicare <i>(Medicare)</i> <input type="checkbox"/> Welfare <i>(Asistencia Pública)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i>
Current Mailing Address – Must match address on ID <i>(Dirección Postal – Debe coincidir con identificación)</i>					
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>	Daytime Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i>		
Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i>			Date of Application <i>(Fecha)</i>		

<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 como fue cambiado):</i>		
<input type="checkbox"/> MARRIAGE <i>(MATRIMONIO)</i> <input type="checkbox"/> CIVIL UNION <i>(UNIÓN CIVIL)</i> <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP <i>(SOCIEDADA DOMÉSTICA)</i>	Name of Husband / Partner <i>(Nombre de Esposo / Pareja)</i>		No. Copies Requested <i>(No. de Copias)</i>
	Maiden Name of Wife / Partner <i>(Nombre Soltera de Esposa / Pareja)</i>		Exact Date of Event <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>
	Place of Event (City / Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad / Pueblo)]</i>	County <i>(Condado)</i>	
<input type="checkbox"/> DEATH <i>(DEFUNCIÓN)</i>	Name of Deceased <i>(Nombre del Fallecido)</i>		No. Requested Copies <i>(No. De Copias)</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>

FOR TOWNSHIP USE ONLY

PAYMENT TYPE: <input type="checkbox"/> CASH <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> WAIVED	PAYMENT AMOUNT: \$	I.D. VIEWED:
---	-----------------------	--------------