

**Lake County General Health District - Vital Statistics
Application for Certified Copies**



Check Appropriate Box

- Birth Certificate - \$21.50
- Death Certificate - \$21.50

Do not write in this space
<input type="checkbox"/> Check _____
<input type="checkbox"/> Cash
<input type="checkbox"/> CC _____
Copies Ordered
Audit Control No.

Credit Cards will be charged a Convenience Fee

- Less than \$50.00 convenience fee will be charged extra \$1.50 fee
- Greater than \$50.00 convenience fee will be charged extra \$3.00 fee
- Every \$100.00 after the first \$100.01 will be charged additional \$3.00 fee

IMPORTANT!

Intended for State of Ohio birth records and Lake County, Ohio death records. Each copy requested must have the required fee. Enclose check or money order. Payable to "Lake County General Health District"; Do not send cash in the mail

NO OUT OF STATE CHECKS ACCEPTED

To be printed below is information about requested certificate.

Full name	First	Middle	Last (Maiden name - for birth only cert)
County of birth/death	City, Village or Township of birth/death		Date of Birth _____ Date of Death _____
*Mother's first name		*Mother's maiden name (prior to marriage)	*Mother's birth state
*Father's first name		*Father's last name	

Name of person requesting copy (PLEASE PRINT)	Phone Number			
Address/Apt. #	City/State/Zip			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 50%;">Signature</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 20%;">Initials Credit Card Only</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 30%;">Date</td> </tr> </table>		Signature	Initials Credit Card Only	Date
Signature	Initials Credit Card Only	Date		

**Fields with the asterisks can be left blank for death certificates.*

Mail Requests only Do not detach

Print name and address of person to whom certificate(s) is (are) to be mailed in the space below. This is a mailing insert and will be used to mail the certified copy that you have requested. When the above application and the name and address in the section below have been completed, please send the entire form to the preprinted address below:

Name		
Address/Apt. #		
City	State	Zip

**Vital Statistics
Lake County General Health District
5966 Heisley Rd.
Mentor, OH 44060**



El Distrito General De Salud Del Condado De Lake- Estadísticas Vitales Aplicación para Copias Certificadas

Marque el cuadro apropiado

- Acta De Nacimiento - \$21.50
 Acta De Defunción - \$21.50

Tarjetas de Crédito tendrán un cargo por gestión

- Menos de \$50.00 el cargo por gestión será de \$1.50 adicional
 Mayor de \$50.00 el cargo por gestión será de \$3.00 adicional
 De cada \$100.00 después de los primeros \$100.01 se hará un cargo adicional de \$3.00

Do not write in this space
<input type="checkbox"/> Check _____
<input type="checkbox"/> Cash
<input type="checkbox"/> CC _____
Copies Ordered
Audit Control No.

¡IMPORTANTE!

Diseñado para las actas de nacimiento del Estado de Ohio, y para las actas de defunción del Condado Lake, Ohio. Cada copia solicitada necesita la pauta requerida. Incluya un cheque o giro postal, a favor de "Lake County General Health District". **NO envíe dinero en efectivo. NO ACEPTAMOS CHEQUES FUERA DEL ESTADO.**

Escriba abajo la información sobre el acta solicitada.

Primer nombre completo		Segundo nombre		Apellido	
Condado de nacimiento o muerte		Ciudad, pueblo, o municipio		Fecha del evento (de nacimiento o muerte)	
Primer nombre de la madre		* Apellido de soltera		* Estado de Nacimiento de la madre	
* Primer nombre del padre			* Apellido del padre		

** Los campos con los asteriscos se pueden dejar en blanco para las actas de defunción.*

Name of person requesting copy (PLEASE PRINT)		Número de teléfono			
Dirección del/la solicitante		Ciudad, pueblo, o municipio		Estado	Código postal
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Firma		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Iniciales		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Fecha	

NO SEPARE

Escriba el nombre y la dirección de la persona a quien se la va(n) a enviar el(las) acta(s) en el cuadro de abajo. La información en el cuadro será utilizada para enviar la copia certificada que usted ha solicitado. Después de completar la aplicación de arriba y el nombre y la dirección en el cuadro de abajo, por favor envíe la forma entera a la dirección de abajo:

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código

**Vital Statistics
 Lake County General Health District
 5966 Heisley Rd.
 Mentor, OH 44060**