



MOWER COUNTY

Mower County Auditor-Treasurer
201 1st Street NE Suite 5
Austin, MN 55912
BIRTH RECORD APPLICATION - CERTIFIED BIRTH CERTIFICATE

Esta aplicacion debe de ser certificada por un notario o firmada en presencia de registrante

PARTE 1: NOMBRE EN EXPEDIENTE DE NACIMIENTO				
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO EN EL CERTIFICADO
MES	DIA	AÑO	SEXO	CIUDAD Y CONDADO DE NACIMIENTO
NOMBRE DE LA MADRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO DE SOLTERA
NOMBRE DEL PADRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO

_____ \$16 Expediente Certificado Preparar un cheque o money orden pagadero para Mower County Auditor-Treasurer

CUAL ES SU RELACION CON EL SUJETO? (Elija solo UNA opcion)		
<input type="checkbox"/> Soy el sujeto	<input type="checkbox"/> Soy el hijo/a del sujeto	<input type="checkbox"/> Soy el/la esposo/a del sujeto
<input type="checkbox"/> Soy el padre en el certificado	<input type="checkbox"/> Soy el/la abuelo/a del sujeto	<input type="checkbox"/> Soy el/la nieto/a del sujeto
<input type="checkbox"/> Soy el partido responsable de llenar el certificado de nacimiento		
<input type="checkbox"/> Soy el tutor legal, guardian o conservador del sujeto (Debe presentar certificado de orden judicial.)		
<input type="checkbox"/> Soy yo un representate personal y la copia certificada es requerida por la administracion del estado.		
<input type="checkbox"/> Yo tengo documentacion de que el expedient es necesario para determinar o proteger los derechos de propiedad personal.		
<input type="checkbox"/> Yo represento una agencia de adopcion que la copia de el expediente es necesario par completar una busqueda posterior a la adopcion		
<input type="checkbox"/> Yo soy abogado y mi abogado y yo hemos adjuntado prueba de mi licencia.		
<input type="checkbox"/> Yo estoy presentando a tu oficina con una orden judicial emitida por un tribunal de jurisdiccion competente.		
<input type="checkbox"/> Yo represento un local, estado O agencia goveral federal y el expediente es necesario para la agencia del gobierno para desempeñar sus funciones autorizadas.		
<input type="checkbox"/> Yo soy un representante personal de una de las persona listados arriba (Deberan adjuntar declaracion notorial)		
<input type="checkbox"/> Yo soy un individual de 18 Años o mas quien es asignadopor un principal en una fuente de cuidado de la salud de abogado para tomar decisiones medicas en nombre del director.		

Proposito de la solicitud:

PARTE 3: Persona Aplicando

PRIMER NOMBRE DE SOLICITANTE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION DE CORREO (Si usa numero de apartado postal incluya la direccion)			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POST	NUMERO DE TELEFONO DURANTE EL DIA
CORREO ELECTRONICO			

La informacion solicitada en esta aplicacion es requerida por Minnesota statutes,section 144.225,subdivision 7 y minnesota rules parte 4601.2600

Penalizaciones: cualquier persona que voluntariamente, sabiendo proporcionando informacion falsa para un certificado pueden ser condenados hasta un Año de carcel o una multa hasta \$3000 o ambos (**Minnesota Statutes section 144.227 and section 609.02, subdivision 3 and 4**).

Yo certifico que la informacion previsto es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante:	Fecha :
------------------------	---------

Por favor atar una copia valida de su licencia de conducir o identificacion del estado.

Es NECESARIO que la firma sea certificada por un notario.	For Administrative Use only
Signed or attested before me on (date): _____	I.D. viewed:
Signature of Notary Public: _____	DL/ID #:
My commission expires (date): _____	Initials:

If fields are incomplete, the application may not be processed

If you have questions, please e-mail osr1@health.state.mn.us or call 651-201-5970