

**OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DEL CONDADO DE SANTA BARBARA  
SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE REGISTRO DE DEFUNCION**



**Las solicitudes para copias certificadas de registros de defunción pueden ser presentadas de TRES (3) maneras:**

**PERSONALMENTE: \$21.00 por copia en cualquiera de las dos (2) oficinas.**

Sírvase completar la aplicación y la declaración jurada y esté listo para mostrar la identificación con foto emitida por el gobierno.

Todos los registros desde 1975 hasta el presente se pueden obtener en el mostrador.  
Todos los registros anteriores pueden tener un tiempo de espera de 15 minutos a un día.

**Dirección física:**

**Santa Barbara County Recorder**  
Hall of Records, County Courthouse  
1100 Anacapa Street  
Santa Barbara, CA 93101  
(805) 568-2250

**Santa Maria Government Center**  
511 East Lakeside Parkway #115  
Santa Maria, CA. 93455  
(805) 346-8370

**POR CORREO POSTAL: \$23.00 por correo de primera clase o \$44.50 por correo EXPRESS de la oficina postal de los EE.UU**

Aviso: Agregue \$21.00 por copia adicional.

La página con la declaración jurada y el reconocimiento del notary debe ser completada correctamente.  
Las solicitudes son procesadas dentro de los 7-10 días laborables si todos los requisitos se han cumplido.

**La dirección postal es:**

Santa Barbara County Recorder  
P. O. Box 159  
Santa Barbara, CA 93102-0159

**SOLICITUDES ENVIADAS POR FAX: Todas las solicitudes recibidas por fax se enviarán a través de correo EXPRESS de la oficina postal de los EE.UU. y cuestan \$51.50.**

Aviso: Agregue \$21.00 por copia adicional.

La página con la declaración jurada y el reconocimiento del notary debe ser completada correctamente.  
Las solicitudes son procesadas de 1 a 3 días laborables si todos los requisitos se han cumplido.

**NUMERO DE FAX: (805) 568-2266**

**Para más información, visite nuestro sitio web al [www.sbcrecorder.com](http://www.sbcrecorder.com)**

**OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DEL CONDADO DE SANTA BARBARA  
SOLICITUD PARA ACTA DE DEFUNCION**

El Código de Salud y Seguridad de California, § 103526, permite que solo personas autorizadas como definido abajo pueden recibir copias certificadas autorizadas del acta de defunción. Aquellas personas que no están autorizadas por ley, únicamente pueden recibir copias marcadas:

**“INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY.”**

**POR FAVOR INDIQUE SI SOLICITA UNA COPIA CERTIFICADA AUTORIZADA O UNA COPIA CERTIFICADA INFORMATIVA**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solicito una copia certificada <b>autorizada</b> (para obtenerla necesita indicar su parentesco al registrado en la parte de abajo y necesita completar la declaración jurada adjunta indicando que es elegible para recibir una copia certificada autorizada. Su firma en la declaración jurada tiene que ser reconocida por un Notary Public si envía la solicitud por correo o fax.) | <input type="checkbox"/> Solicito una copia certificada <b>informativa</b> , la cual no se podrá utilizar para establecer identidad. Esta copia estará imprimida con una marca trasparente que dirá <b>“INFORMATIONAL, NOT A VALID DOCUMENT TO ESTABLISH IDENTITY.”</b> No es necesario indicar su parentesco al registrado. |
|--|--|

**SOLICITUDES RECIBIDAS POR CORREO**

**\*AVISO: SOLICITUDES RECIBIDAS POR FAX SE ENVIARAN A TRAVÉS DE CORREO EXPRESS\***

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> First Class (Correo Regular) | <input type="checkbox"/> USPS Express Mail (Correo Urgente) |
|---|---|

Solicito una copia certificada **autorizada**. Yo soy:

- El padre/la madre o guardia legal del difunto (Si es guardia legal, se requiere presentar documentación.)
- Miembro o individuo autorizado por orden de la corte para recibir una copia certificada del difunto. *(Por favor incluya una copia de la orden de la corte).*
- Miembro de la agencia policiaca u otra agencia gubernamental autorizada por ley para conducir negocios oficiales. *Si es una empresa representando una agencia gubernamental tiene que proveer la autorización de la agencia.*
- Hijo(a), abuelo(a), hermano(a), esposo (a), o compañero doméstico del difunto.
- Un abogado representando al difunto o a la(s) propiedad(es) del difunto, u otra persona o agencia autorizada por una orden de la corte para actuar en representación del difunto o de la(s) propiedad(es) del difunto.
- Una funeraria solicitando copias certificadas de defunción por parte de una persona especificada de acuerdo a la sección 7100 del Código de Salud y Seguridad de California. *(Por favor incluya una copia del documento demostrando su poder notarial.)*

**INFORMACION DEL SOLICITANTE (Por favor escriba con letra de molde)**

|  |  |                       |                  |                   |               |
|--|--|-----------------------|------------------|-------------------|---------------|
| Nombre del Solicitante   |  | Firma del Solicitante |                  | Fecha de hoy      |               |
| Número de Teléfono<br>(    )   |  | Correo Electrónico    |                  |                   |               |
| Dirección  |  | Ciudad                |                  | Estado            | Código Postal |
| Para solicitudes <u>enviadas</u> por correo o fax, indique la persona que recibirá las copias, si es diferente del solicitante |  | No. de Copias         | Recargo enviados | Razón de petición |               |
| Para solicitudes <u>envidadas</u> por correo o fax, indique la dirección postal si es diferente del solicitante                |  | Ciudad                |                  | Estado            | Código Postal |

**INFORMACION DEL DIFUNTO (Por favor escriba con letra de molde)**

|   |  |                      |  |   |  |                     |
|---|--|----------------------|--|---|--|---------------------|
| Nombre del difunto– Primer nombre           |  | Segundo              |  | Apellido (s)                            |  | Sexo                |
| Ciudad de defunción                         |  | Condado de defunción |  | Lugar de nacimiento                     |  | Fecha de nacimiento |
| Fecha de defunción – mes/día/ año           |  |                      |  | Número de Seguro Social                 |  |                     |
| Nombre de nacimiento de la madre o el padre |  |                      |  | Nombre del cónyuge o pareja del difunto |  |                     |

**COMPLETE LA SIGUIENTE PÁGINA**

## DECLARACIÓN JURADA

(\*Esta Declaración Jurada es requerida para copias certificadas autorizadas de defunción. No es requerida para una copia certificada Informativa que no es válida para establecer la identidad)

\*Cualquier miembro de una agencia de la ley o un representante de un estado o agencia de administración municipal conforme a la ley quién pide una copia de un registro al cual la subdivisión (a) se aplica en la conducción del negocio oficial debe completar la Declaración Jurada, sin embargo, puede no requerirse que ellos tengan su firma en la Declaración Jurada reconocida por un Notary Public.

Yo \_\_\_\_\_, declaro bajo la pena del perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que yo soy \_\_\_\_\_ (nombre del solicitante) una persona autorizada, como definido Código de Salud y Seguridad de California §103526 (c), y soy elegible para recibir copias certificadas de la acta de nacimiento del/ los siguiente(s) individuo(s):

| Nombre de la persona en la acta de defunción | Su relación a la persona en la acta (Por ejemplo: Hijo(a) o esposo(a)) |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(La información restante debe ser completada en la presencia de un oficial del registro civil o un Notary Public.)



Suscrito en este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Día) (Mes) (Ciudad) (Estado)

**USTED DEBE FIRMAR EN LA PRESENCIA DE UN NOTARY PUBLIC O DEL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL**

\_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

**Aviso: Si manda su orden por correo o fax, usted debe firmar la Declaración Jurada reconocida por un Notary Public que usa el Certificado de Reconocimiento abajo.**

## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of \_\_\_\_\_)

County of \_\_\_\_\_)

On \_\_\_\_\_, before me, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Notary Public, personally (insert name of Officer) (Title of Officer)

appeared \_\_\_\_\_, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

**I certify under *PENALTY OF PERJURY* under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.**

WITNESS my hand and official seal.  
(NOTARY SEAL)

\_\_\_\_\_  
NOTARY SIGNATURE

**USTED DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACION DE TARJETA DE CREDITO PARA EL PAGO DE CUOTAS CUANDO ENVIE POR CORREO SU SOLICITUD O CUANDO ENVIE SU SOLICITUD POR FAX**

**JOSEPH E. HOLLAND**  
County Clerk, Recorder and Assessor  
Registrar of Voters



Hall of Records  
1100 Anacapa St.  
Santa Barbara, CA 93101

Mailing Address:  
PO Box 159  
Santa Barbara, CA 93102

**MELINDA GREENE**  
Chief Deputy Clerk-Recorder

**COUNTY CLERK, RECORDER AND ASSESSOR  
CLERK-RECORDER DIVISION**

**CLERK-RECORDER CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM**  
VISA/MASTERCARD/DISCOVER ONLY  
NO AMERICAN EXPRESS

I hereby authorize the Office of the County Clerk-Recorder to charge the following credit card for payment of requested service:

**Applicant Name:** \_\_\_\_\_

**Phone #:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Cardholder** (name as appears on credit card): \_\_\_\_\_

**Credit Card Number:** \_\_\_\_\_ **Exp Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(American Express Not Accepted)

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Cardholder Phone Number:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Cardholder Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Note: This credit card authorization form will be kept on file for 60 days from date of service. Any disputed charges made in conjunction with this request, shall be made within 45 days from date of service.*

|   |
|---|
| <p><b>OFFICE USE ONLY</b></p> <p>Transaction #: _____</p> |
|---|