

**Departamento de Salud del Condado Barry**

Departamento de Salud de Missouri  
Agencia de Registros Vitales  
Aplicación para una Copia Certificada de Fallecimiento

La ley requiere una cantidad de \$15.00 por cada copia que se obtenga. La aplicación debe ser acompañada con el pago correspondiente. No mande dinero en efectivo si usted envía por correo la aplicación. Por favor escriba con letra de molde. Haga el cheque o giro postal a nombre de: BCHD

Si envía la aplicación por correo esta es la dirección:

Barry County Health Department  
65 Main Street, PO BOX 207  
Cassville, MO 65652

Cantidad de copias requeridas : \_\_\_\_\_

Nombre completo del difunto      Primer                      Segundo                      Apellido

¿Pudiera estar registrado bajo otro nombre? \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento                                      Mes / Día / Año

Lugar de fallecimiento                      Ciudad                      Estado

Nombre del esposo (a)                      Primer                      Segundo                      Apellido

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con esta persona? \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

AVISO: Las solicitudes para un certificado de defunción completada con datos falsos son un delito con multas de hasta \$5,000 o cinco (5) años de prisión o ambos (RSMo 193.315)

**FOR OFFICE USE ONLY – SOLO PARA USO OFICIAL**

Date \_\_\_\_\_ Paid \$ \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_\_\_

Money Order \_\_\_\_\_ Check \_\_\_\_\_ Credit Card \_\_\_\_\_

Certificate # \_\_\_\_\_