

Lafayette Township  
 33 Morris Farm Road  
 Lafayette, NJ 07848  
 (973) 383-1817  
 (973) 383-0566 (fax)

APPLICATION FOR A NON-GENEALOGICAL CERTIFICATION  
 OR CERTIFIED COPY OF A VITAL RECORD  
 APLICACIÓN PARA COPIAS CERTIFICADAS Ó  
 CERTIFICACIONES DE REGISTROS CIVILES NO-ANCESTRO

<input type="checkbox"/> I would like a <b>Certified Copy.</b> <i>(Quiero una copia certificada.)</i>		Preferred format (if available): <i>(Prefiero:)</i> <input type="checkbox"/> Computer-Generated copy of original. <i>(Copia del Original-Generado por Computadora)</i> <input type="checkbox"/> Digital Image/Photocopy of original. <i>(Imagen Digital/Fotocopia del Original)</i>
<input type="checkbox"/> I will be forwarding the <b>Certified Copy</b> for an <b>Apostille Seal.</b> <i>(Enviaré esta copia certificada para ser Apostillada.)</i>		
<input type="checkbox"/> I would like a <b>Certification.</b> <i>(Quiero una certificación.)</i>		
Name of Applicant <i>(Nombre de Apicante)</i>		Relationship to person on record (Proof is required if certified copy requested.) <i>[Relación al individuo (Prueba es requerida para copia certificada.)]</i>
Current Mailing Address ( <b>Must Match address on ID</b> ) <i>[Dirección Postal (Debe coincidir con identificación)]</i>		
City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Codigo Postal)</i>
Applicant's Signature <i>(Firma del Apicante)</i>		Date of Application <i>(Fecha)</i>
Reasons for Request: <i>(Motivo de solicitud)</i> <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> _____		

<input type="checkbox"/> <b>BIRTH</b> <b>(NACIMIENTO)</b>	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>
	Full Name of Child's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		
	Full Name of Child's Parent B <i>(if on record) (List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (si el registro) (Inscrito en el acta de nacimiento)]</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 y como fue cambiado):</i>		
<input type="checkbox"/> <b>MARRIAGE</b> <b>(MATRIMONIO)</b>  <input type="checkbox"/> <b>CIVIL UNION</b> <b>(UNIÓN CIVIL)</b>  <input type="checkbox"/> <b>DOMESTIC PARTNERSHIP</b> <b>(SOCIEDAD DOMÉSTICA)</b>	Full Name of Spouse A/Partner A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Full Name of Spouse B/Partner B <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[Nombre de Esposo/Pareja (Inscrito en el acta de nacimiento)]</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"/> <b>DEATH</b> <b>(DEFUNCIÓN)</b>	Name of Deceased Individual <i>(Nombre del Fallecido)</i>		
	Exact Date of Death <i>(Fecha Exacta del Evento)</i>		No. Requested Copies <i>(No. de Copias)</i>
	Place of Event (City/Town) <i>[Lugar del Evento (Ciudad, Pueblo)]</i>		County <i>(Condado)</i>
	Full Name of Deceased Individual's Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[(Nombre completo de Padre/Madre A)</i> <i>(Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>	Full Name of Deceased Individual's Parent B <i>(List name given at birth or on birth certificate)</i> <i>[(Nombre completo de Padre/Madre B)</i> <i>(Inscrito en el acta de nacimiento)]</i>	

**Application Check List: Have you enclosed and completed all required information?**  
*(Lista Comprobada: ¿A Usted Incluido y Completado Toda la Información Requerida en la Aplicación?)*

**FEE: \$5.00 per copy**

All Items on Application *(Todo Artículos en la Aplicación)*    
  Payment *(Pago)*    
  Acceptable Forms of ID *(Identificación Aceptable)*    
  Proof of Relationship *(Prueba de Parentesco)*    
  Mailing Address Matches ID *(Dirección Postal Coincidente con ID)*

**FOR STATE USE ONLY**

Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By
--	-----------------------	------------	--------------