



**TENNESSEE DEPARTMENT OF HEALTH
OFFICE OF VITAL RECORDS**

APPLICATION FOR CERTIFIED COPY OF CERTIFICATE OF DEATH

Date: _____

Number of Copies _____

Enclose \$15.00 for each copy.

Full Name of Deceased: _____
First Middle Last Name

Date of Death: _____ Sex: Male or Female Age at Death: _____
Month Day Year

Place of Death: _____
City County State

Name of Funeral Home: _____

Location of Funeral Home: _____
City County State

Signature of Person Making Request: _____

Relationship to the Deceased: _____

Purpose of Copy: _____

Cause of Death is available only to the decedent's parent, child, spouse, or an attorney or agency acting on behalf of the decedent's estate or qualifying family member. Copies of any legal documents, where applicable, should also be submitted.

Do You Want the Certificate to Show Cause of Death? YES NO

Telephone Number Where You may be Reached for Additional Information: () _____

IT IS UNLAWFUL TO WILLFULLY AND KNOWINGLY MAKE ANY FALSE STATEMENT ON THIS APPLICATION.

* Government Issued ID Required With Signature

A fee of \$15.00 is charged for the search of the records even if no record is found and includes one copy if the record is filed in this office. If the certificate is not found with the date of death you provide, a search will be made in the records for the year before and the year after the date indicated; this search is routine and is included in the \$15.00 fee. Do not send cash. Send a check or money order made payable to Tennessee Vital Records. In addition, unless this application is notarized, you must send a photocopy of a government issued ID showing your signature. If you have not received a response within 45 days, please write or call Hamilton County Vital Records at (423) 209-8025.

PH-1654 (rev 12/2017)

RDA 10113

FILL OUT BELOW/ DO NOT DETACH

PRINT your name and address if you are here in person to receive certificate.
PRINT name and address of person to whom the certified copy is to be mailed.

SEND TO:

Name

Address or Route:

City State Zip Code

**Hamilton County Health Department
Vital Records
921 East Third Street
Chattanooga, TN 37403**



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE TENNESSEE
OFICINA DE REGISTROS VITALES**

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE PARTIDA DE DEFUNCIÓN

Fecha: _____ **Número de copias** _____
Incluye \$15.00 dólares por cada copia solicitada.

Nombre del difunto: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

Fecha de la defunción: _____ **Sexo:** Masculino o Femenino **Edad cuando murió:** _____
Mes Día Año

Adonde ocurrió la defunción: _____
Ciudad Condado Estado

Funeraria: _____

Local de la funeraria: _____
Ciudad Condado Estado

Firma de la persona que solicita la información: _____

Relación con el difunto: _____

El propósito de esta copia: _____

La causa de la muerte está solamente a la disposición del padre, del hijo o de la esposa del difunto, o de un abogado o agencia que funciona en nombre del patrimonio del difunto o de un miembro de la familia que esté autorizado. También se debe remitir copias de cualquier documento legal, donde convenga.

¿Usted quisiera que el certificado demostrara la causa de la muerte? Sí No

El número telefónico donde podemos comunicarnos: () _____

ES ILEGAL HACER ALGUNA DECLARACIÓN FALSA CON CONOCIMIENTO DE CAUSA Y VOLUNTARIAMENTE EN ESTA SOLICITUD.

* Se necesita identificación oficial del gobierno con su firma

Se cobra una cuota de \$15.00 por la búsqueda de los registros aún cuando no se encuentren e incluye una copia si el registro se archivó en esta oficina. Si el certificado no se encuentra con la fecha de la muerte que usted provee, se hará una búsqueda en los archivos del año anterior y del año después de la fecha indicada; esta búsqueda es rutinaria y se incluye en el pago de los \$15.00. No envíe efectivo. Envíe un cheque o Money Order pagadero al Tennessee Vital Records. Además, a menos que esta solicitud sea certificada por un notario, usted debe enviar una fotocopia de alguna identificación oficial emitida por el gobierno que enseña su firma. Si no ha recibido una respuesta dentro de 45 días, por favor escriba o llame al Tennessee Vital Records al 615-741-1763.

LLENE ABAJO/NO LO SEPARE

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE el nombre y la dirección de la persona que recibirá la copia certificada

ENVÍE A:

Nombre _____

**Hamilton County Health Department
Vital Records
921 East Third Street
Chattanooga, TN 37403**

Dirección o ruta _____

Ciudad y estado _____ Código postal _____