State of Illinois
Illinois Department of Public Health

Registro de Adopciones e Intercambio de Datos Médicos de Illinois (IARMIE)
SOLICITUD PARA UNA COPIA NO-CERTIFICADA DE UN ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL

Yo, _____, por la presente solicito una copia no-certificada de

(indique la opción apropiada):

- ❑ 1. Mi acta de nacimiento original. **NO** necesita Notario Público.
- ❑ 2. El acta de nacimiento original de mi padre (madre) o abuelo (abuela) adoptado o entregado ya fallecido. **Se necesita Notario Público/ver abajo.**
- ❑ 3. El acta de nacimiento original de mi cónyuge adoptado o entregado ya fallecido. **Se necesita Notario Público/ver abajo.**

La persona adoptada o entregada nació en la ciudad de _____,

condado de _____ el _____, _____ y el nombre de adopción es:
Fecha Año

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Apellido _____

En caso de que uno o ambos padres biológicos hayan solicitado que su identidad no sea divulgada:

- ❑ a. Deseo recibir una copia no-certificada de mi acta de nacimiento original de la cual se ha editado la información pertinente a mis padres biológicos que han solicitado anonimato; o
- ❑ b. No deseo recibir una copia editada de mi acta de nacimiento.

POR FAVOR RECUERDE:
Todas las opciones requieren, independiente de su selección, que Ud. envíe una copia de su cédula de identificación válida, con fotografía, expedida por una agencia gubernamental, junto al arancel de $15 (cheque o giro postal a nombre de IDPH).

Si seleccionó la opción 2 o 3, Ud. debe estar registrado con IARMIE como pariente sobreviviente de la persona adoptada o entregada ya fallecida. Si necesita registrarse, por favor contacte a IARMIE al 877-323-5299.

_____ _____
Firma Fecha

Dirección postal _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Necesitará Notario Público si usted chequeó la opción 2 o 3 de más arriba.

(para uso del Notario Público)

State of _____ County of _____
(Estado de) *(Condado de)*

I, a Notary Public, in and for the said county, in the state aforesaid, do hereby certify that
(Yo, Notario Público, en y para dicho condado, en el citado estado, certifico que)

_____ personally known to me to be the same person whose name is subscribed to the foregoing request, appeared before me in person and acknowledged that (he or she) signed such request as (his or her) free and voluntary act and that the statements in such request are true.
(que reconozco personalmente como la misma persona cuyo nombre se suscribe a la solicitud anterior, apareció ante mí en persona y reconoció que (él o ella) firmó la petición como acto libre y voluntario y que las declaraciones de tal solicitud son verdaderas.)

Given under my hand and notarial seal on _____, _____
(Dado bajo mi firma y sello notarial el)

_____

Envíe por correo a: Illinois Department of Public Health, Division of Vital Records - IARMIE, 925 E. Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737