



Lona Ackman  
 Gonzales County Clerk  
 427 St. George St., Suite 200  
 Gonzales, TX 78629

## APPLICATION FOR BIRTH OR DEATH RECORD

VALID GOVERNMENT-ISSUED IDENTIFICATION IS REQUIRED ON ALL  
 REQUESTS

OFFICE USE ONLY

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

Document Control # \_\_\_\_\_

Receipt # \_\_\_\_\_

Amount \$: \_\_\_\_\_

Cash  Check  Credit Card

Date: \_\_\_\_\_

Clerk: \_\_\_\_\_

CERTIFIED BIRTH CERTIFICATES  
Texas Birth ONLY

\_\_\_\_ Certified Copies x \$22

CERTIFIED DEATH CERTIFICATES

\_\_\_\_ Certified Copy - \$20 ea.

\_\_\_\_ Extra copies of same record x\$3

**Please Print Clearly and Legibly**

1. Full Name of Person on Record	First Name	Middle Name	Last Name
2. Date of Birth OR Death	Month	Day	Year
3. Place of Birth OR Death	City	County	4. Gender M / F
5. Full Name of Parent 1	First Name	Middle Name	Maiden/Last Name
6. Full Name Of Parent 2	First Name	Middle Name	Maiden/Last Name

**Person Applying for Record:**

7. YOUR NAME: \_\_\_\_\_ 8. TELEPHONE #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

9. MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_  
 Street Address/PO Box City State Zip

10. RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD: \_\_\_\_\_

11. PURPOSE FOR OBTAINING THIS RECORD:

Driver's License/ID \_\_\_\_\_ SS \_\_\_\_\_ Housing \_\_\_\_\_ School/Sports \_\_\_\_\_ Passports \_\_\_\_\_  
 Military Service \_\_\_\_\_ Retirement \_\_\_\_\_ Insurance \_\_\_\_\_ Records \_\_\_\_\_ Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

12. FOR DEATH CERTIFICATE ADDITIONAL IDENTIFYING INFORMATION IS REQUIRED:

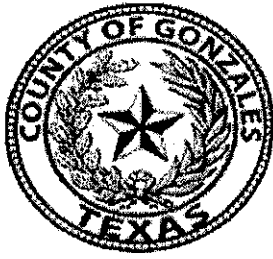
BIRTHDATE: \_\_\_\_\_ BIRTHPLACE: \_\_\_\_\_

BIRTH RECORDS ARE CONFIDENTIAL FOR 75 YEARS AND DEATH RECORDS FOR 25 YEARS;  
 THEREFORE, ISSUANCE IS RESTRICTED

\_\_\_\_\_  
 Applicant's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date of Application

**WARNING: THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT IN THIS FORM CAN BE 2-10 YEARS IN PRISON AND A FINE UP TO \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)**



Lona Ackman  
 Gonzales County Clerk  
 427 St. George St., Suite 200  
 Gonzales, TX 78629

OFFICE USE ONLY

Certificate # \_\_\_\_\_  
 Document Control # \_\_\_\_\_  
 Receipt # \_\_\_\_\_  
 Amount \$: \_\_\_\_\_  
 Cash  Check  Credit Card   
 Date: \_\_\_\_\_  
 Clerk: \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN PARA COPIA DE NACIMIENTO O  
 COPIAS DE FALLECIMIENTO**

**NACIMIENTO**  
Nacimientos solamente de Tejas  
 \_\_\_\_\_ Copias Certificadas - \$22

**FALLECIMIENTO**  
 \_\_\_\_\_ Copias Certificadas - \$20 ea.  
 \_\_\_\_\_ Copias Adicionales - \$3

**Por Favor Imprima Clara y Legiblemente**

1. Nombre del Nacido o Fallecido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
2. Fecha del Nacido o del Fallecido	Mes	Día	Año
3. Lugar de Nacimiento o del Fallecimiento	Ciudad	Condado	4. Sexo
5. Nombre completo del Padre	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
6. Nombre completo de la Madre	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(de Soltera)

**Persona Que Solicita el Registro:**

7. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ 8. Telefono#:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

9. Domicilio: \_\_\_\_\_  
 De Correro/PO Box                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

10. Relación al Nacido o Fallecido: \_\_\_\_\_

11. Solicito está:  
 Escuela \_\_\_\_\_ Viajar \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Deportes \_\_\_\_\_  
 Servicio Militar \_\_\_\_\_ Jubilación \_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_ Registros \_\_\_\_\_ Otra (Indique) \_\_\_\_\_

12. INFORMACION ADICIONAL PARA LAS COPIAS DE FALLECIMIENTO:  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LOS EXPEDIENTES DEL NACIMIENTO SON CONFIDENCIALES POR 75 AÑOS Y LOS EXPEDIENTES DE LA MUERTE POR 25 AÑOS;  
 POR LO TANTO, LA EMISION ES RESTRICTA

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

\_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy

**LA PENA POR INFORMACION FALA EN ESTA FORMA RESULTA EN 2-10 AÑOS  
 EN LA PENITENCIA Y UNA MULTA HASTA \$10,000. (BAJO CODIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPITULO 195.003)**