



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 \$23

CERTIFIED DEATH CERTIFICATES

____ Certified Copy - \$21 ea.

____ Extra copies of same record x\$4

Please Print Clearly and Legibly

1. Full Name of Person on Record	First Name	Middle Name	Maiden/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:
 Grandparent____ Parent____ Sibling____ Spouse____ Son/Daughter____ Self____

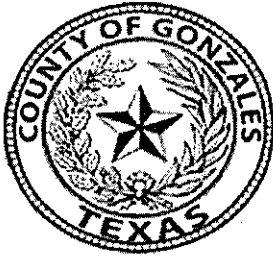
11. PURPOSE FOR OBTAINING THIS RECORD:
 Driver's License/ID____ SS____ Housing____ School/Sports____ Passports____ Military Service____ Retirement____
 Insurance____ Records____ Other (Please Specify)_____

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 - \$23

FALLECIMIENTO

_____ Copias Certificadas - \$21 ea.

_____ Copias Adicionales - \$4

Por Favor Imprima Clara y Legiblemente

1. Nombre del Nacido o Fallecido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido (de Soltera)
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:

Abuelos _____ Padres _____ Hermano _____ Esposa/Marido _____ Hijo/Hija _____ Propio _____

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)**