



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

APPLICATION FOR DEATH RECORD

VALID GOVERNMENT-ISSUED IDENTIFICATION IS REQUIRED ON ALL
REQUESTS

CERTIFIED DEATH CERTIFICATES

| OFFICE USE ONLY | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Certificate # | _____ |
| Document Control # | _____ |
| Receipt # | _____ |
| Amount \$: | _____ |
| Cash <input type="checkbox"/> | Check <input type="checkbox"/> |
| | Credit Card <input type="checkbox"/> |
| Date: | _____ |
| Clerk: | _____ |

___ Certified Copy - \$21 ea. ___ Extra copies of same record x\$4

I wish to make a voluntary contribution of \$5 to promote healthy early childhood by supporting the Texas Home Visitation Program administered by the Office of Early Childhood Coordination of Health and Human Services.

Please Print Clearly and Legibly

| | | | |
|----------------------------------|------------|----------------------------|--------------------|
| 1. Full Name of Person on Record | First Name | Middle Name | Last Name |
| 2. Date of Death | Month | Day | Year |
| 3. Place of Death | City: | County: GONZALES | 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 |
| 7. Decedent's birth date: | | 8. Decedent's birth place: | |

9. APPLICANT'S NAME: _____ 10. TELEPHONE #: (____) _____

11. MAILING ADDRESS: _____
 Street Address/PO Box City State Zip

12. RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD:
 Grandparent ___ Parent ___ Sibling ___ Spouse ___ Son/Daughter ___ Self ___ Other _____

13. PURPOSE FOR OBTAINING THIS RECORD: _____

Applicant's Signature

Date of Application

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

AFFIDAVIT (NOTARY SECTION)-BY MAIL APPLICATIONS ONLY

STATE OF _____
 COUNTY OF _____
 SUBSCRIBED AND SWORN TO (OR AFFIRMED) BEFORE ME ON THIS ____ DAY OF _____, 20____ BY: _____

NOTARY PUBLIC'S SIGNATURE



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

APLICACIÓN PARA COPIAS DE FALLECIMIENTO

___ Copias Certificadas - \$21 ea.

___ Copias Adicionales - \$4

| OFFICE USE ONLY | |
|--------------------|--------------------------|
| Certificate # | _____ |
| Document Control # | _____ |
| Receipt # | _____ |
| Amount \$: | _____ |
| Cash | <input type="checkbox"/> |
| Check | <input type="checkbox"/> |
| Credit Card | <input type="checkbox"/> |
| Date: | _____ |
| Clerk: | _____ |

Deseo hacer una contribucion voluntaria de \$5 para promover una ninez temprana saludable apoyando el Programa de Visitas al Hogar de Texas asministrado por la Oficina de Coordinacion de Salud y Servicios Humanos para a Ninez Temprana.

Por Favor Imprima Clara y Legiblemente

| | | | |
|---|---------------|-------------------------------------|-----------------------|
| 1. Nombre completo de la persona registrada | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido (de Soltera) |
| 2. Fecha de muerte | Mes | Día | Año |
| 3. Lugar de la muerte | 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) |
| 7. Fecha de nacimiento del difunto: | | 8. Lugar de nacimiento del difunto: | |

Persona Que Solicita el Registro:

9. Nombre del solicitante: _____ 10. Telefono#:(_____) _____

11. Domicilio: _____

De Correro/PO Box Ciudad Estado Código Postal

12. Relación al Nacido o Fallecido:

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

13. Solicito está: _____

 Firma del solicitante

 Fecha de hoy

LOS REGISTROS DE NACIMIENTO SON CONFIDENCIALES POR 75 ANOS Y LOS REGISTROS DE DEFUNCION POR 25 ANOS POR LO TANTO, LA EMISION ESTA RESTRINGIDA

DECLARACIÓN JURADA (SECCIÓN DEL NOTARIO) - SOLICITUDES POR CORREO ÚNICAMENTE

Estado de _____

Condado de _____

Suscrito y Jurado (O Afirmado) ante mi en este _____ día de _____, 20____ por: _____

 Firma del notario publico

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)