

APPLICATION FOR CERTIFIED COPY OF **BIRTH** CERTIFICATE

SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE **NACIMIENTO**

Coleman County Clerk
Stacey Mendoza
 100 W. Liveoak Street, Suite 105
 Coleman, Tx 76834
 (325)625-2889



Office Use Only	
Each Certified Copy.....	\$23.00
Number Requested.....	_____
THVP Donation (optional) ..	_____
Total Due.....	_____
Certificate Number... ..	_____
Cash _____ Check# _____ Debit/CC _____	

Optional donation to promote healthy early childhood Texas Home Visiting Programs - \$5.00
<i>Donación opcional para promover programas saludables de visitas domiciliarias en la primera infancia en Texas -\$5.00</i>

Please Print
 (Por.favor.imprima)

Information Found on Birth Certificate (Información.encontrada.en.el.certificado.de.Nacimiento)						
1. Full Name of Person on Record: (Nombre.completo.de.la.persona.registrada)						
(FIRST/ PRIMERO)	(MIDDLE/ MEDIO)					(LAST/ ÚLTIMO)
2. Date of Birth: (Fecha.de.Nacimiento)						
(MONTH/MES)	(DAY/ DÍA)					(YEAR/ AÑO)
3. Place of Birth: (Lugar.de.Nacimiento)						
(CITY/ CIUDAD)				(COUNTY/ CONDADO)		
4. Father's Full Name: (Nombre.completo.del.padre)						
(FIRST/ PRIMERO)	(MIDDLE/ MEDIO)					(LAST/ ÚLTIMO)
5. Mother's Maiden Name: (Apellido de soltera de la madre)						
(FIRST/ PRIMERO)	(MIDDLE/ MEDIO)					(LAST/ ÚLTIMO)
Applicant's Current Information (Información.actual.del.solicitante).....						
6. Applicant's Full Name: (Nombre.completo.del.solicitante)						
(FIRST/ PRIMERO)	(MIDDLE/ MEDIO)					(LAST/ ÚLTIMO)
7. Applicant's Mailing Address: (.Dirección.postal.del.solicitante)						
STREET ADDRESS /DIRECCIÓN			(CITY/CIUDAD)	(STATE/ ESTADO)	(ZIP/ CREMALLERA)	
9. Applicant's Relationship to person named in #1: CIRCLE ONE (Relación.del.solicitante.con.la.persona.nombrada.en.el.-.7¿(Yo?Madre?Padre?Hermano?Hermana?Representante. Legal?Abuelo?etcj)						
SELF	MOTHER	FATHER	BROTHER	SISTER	LEGAL REPRESENTATIVE	GRANDPARENT
10. Purpose for obtaining record: (Finalidad.de.la.obtención.del.registro) CIRCLE ONE OR MORE						
SCHOOL	WORK	DRIVER'S LICENSE	INSURANCE	TRAVEL	PERSONAL RECORDS	OTHER

WARNING: The penalty for knowingly making a false statement on this form can be 2-10 years in prison and a fine up to \$10,000.00(Health & Safety Code 195.003) ADVERTENCIA: La pena por hacer a sabiendas una declaración falsa en este formulario puede ser de 2 a 10 años de prisión y una multa de hasta \$ 10,000.00 (Código de Salud y Seguridad 195.003)

SIGNATURE OF APPLICANT

Copy of Applicant's Photo ID is Required

TODAY'S DATE

UPDATED 1.30.2025