

## Demande de copie certifiée conforme d'un acte de naissance ou de décès du Vermont

Les éléments marqués d'un astérisque (\*) sont *des informations* OBLIGATOIRES.

### Informations sur le demandeur\* :

Votre nom : Prénom\* : \_\_\_\_\_ Second prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille\* : \_\_\_\_\_ Suffixe : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse postale\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

État\* : \_\_\_\_\_ Code postal\* : \_\_\_\_\_ Date de naissance\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de téléphone\* : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### Informations sur le certificat\* :

Je demande un (choisir un)\* :

Acte de naissance

Date de naissance\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ville de naissance\* \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un acte de naissance pour un enfant né à l'étranger ?

\_\_\_\_ Oui      \_\_\_\_ Non

Certificat de décès

Date du décès\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ville du décès\* \_\_\_\_\_

Nom figurant sur l'acte : Prénom\* : \_\_\_\_\_ Second nom : \_\_\_\_\_ Nom de famille\* : \_\_\_\_\_ Suffixe : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_ Masculin \_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_ X (non-binaire)

Nom de la mère/du parent : Prénom : \_\_\_\_\_ Second prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_ Suffixe : \_\_\_\_\_

Nom du père/du parent : Prénom : \_\_\_\_\_ Second nom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_ Suffixe : \_\_\_\_\_

### Votre lien de parenté avec la personne dont le nom figure sur le certificat (choisissez-en un)\* :

Autonome (BC uniquement)

Conjoint

Enfant

Parent

Frères et sœurs

Petit-enfant

Grand-parent

Tuteur légal

Exécuteur ou administrateur nommé par le tribunal

demander la succession du défunt (DC uniquement)

Représentant légal (pour l'une des personnes susmentionnées)

Autorisé par une ordonnance du tribunal

Conformément à l'application du 18 V.S.A. § 5016(b)(2)(B).

Doit fournir une copie certifiée de l'ordonnance du tribunal.

Les copies de photos ne seront pas acceptées.

Authority for Final Disposition (DC uniquement)

Social Security Administration (DC uniquement)

U.S. Department of Veterans Affairs (DC uniquement)

Compagnie d'assurance du défunt (DC uniquement)

Employé d'un organisme public du Vermont autorisé à

Conformément à l'application du 18 V.S.A. § 5016(a)(6).

La demande se poursuit à la page 2.

**Détails de la commande\* :**

Nombre total d'exemplaires demandés : \_\_\_\_\_ x 10,00 \$ chacun = Total de la commande : \$ \_\_\_\_\_  
 Les chèques ou mandats (en dollars américains) doivent être libellés à l'ordre du **Vermont Department of Health**.

**Document(s) d'identification du demandeur\***

Conformément à la loi du Vermont, une copie de votre pièce d'identité valide DOIT être jointe à votre demande. Soumettez une copie de l'un des documents énumérés ci-dessous. Indiquez le numéro d'identification et la date d'expiration de la pièce d'identité que vous fournissez.

Document # : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Permis de conduire ou carte d'identité délivré(e) par             | <input type="checkbox"/> U.S. Carte de résident étranger ou carte d'identité américaine Green Card ou |
| <input type="checkbox"/> Permis de conduire ou carte d'identité des territoires américains | U.S. Carte de résident permanent (formulaire I-551)   |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité tribale portant votre signature                  | <input type="checkbox"/> U.S. Document ou carte d'autorisation d'emploi                               |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité militaire américaine portant votre signature     | (Formulaire I-765)  |
| <input type="checkbox"/> Passeport : Délivré aux États-Unis ou à l'étranger                | <input type="checkbox"/> Validité de la carte d'identité de l'employé de l'État du Vermont            |
| <input type="checkbox"/> VISA : Délivré aux États-Unis et inclus dans un passeport         | <input type="checkbox"/> formulaire "Affidavit of Homeless Status"                                    |
| portant votre signature  | (Affidavit de statut de sans-abri) **   |
|  | <input type="checkbox"/> Document du Département du Vermont   |
|  | Corrections justifiant l'identité **  |

\*\* - Ne nécessite pas de numéro de document ni de date d'expiration

Si vous ne possédez pas l'une des pièces d'identité susmentionnées, vous devez fournir des copies de deux documents figurant dans la liste ci-dessous.

**Ces deux documents doivent comporter votre adresse actuelle et porter votre signature.**

Seuls les documents énumérés ci-dessous sont acceptables en tant que pièces d'identité alternatives.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité avec photo de l'employé accompagnée d'un bulletin de salaire ou                            | <input type="checkbox"/> Voter's Registration Card (carte d'électeur)  |
| <input type="checkbox"/> Formulaire W-2 de l'administration fiscale américaine   | <input type="checkbox"/> Formulaire d'impôt fédéral rempli avec l'adresse actuelle et signature  |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité avec photo de l'école, de l'université ou de l'établissement d'enseignement supérieur avec | <input type="checkbox"/> Relevé bancaire, facture de propriété ou de services publics avec identification délivrée par l'administration pénitentiaire fédérale ou d'État adresse |
| <input type="checkbox"/> Bulletin scolaire ou autre preuve d'inscription en cours  | <input type="checkbox"/> Documents judiciaires des États-Unis ou de l'État avec  |
| <input type="checkbox"/> Carte de sécurité sociale ou d'assurance maladie avec vos signature de l'adresse actuelle                   | <input type="checkbox"/> Reçu d'un prestataire de soins de santé agréé avec une nom et adresse actuelle  |
| <input type="checkbox"/> Licence de pilote   | <input type="checkbox"/> Courrier de première classe avec nom et adresse actuelle.   |
| <input type="checkbox"/> Carte grise ou titre de propriété avec adresse actuelle   |  |
| <input type="checkbox"/> U.S. Selective Service Card   |  |

**Vérification\* :**

Toute personne qui fait sciemment une fausse déclaration, une déclaration erronée ou une certification concernant un fait important dans la présente demande est passible d'une amende maximale de 10.000 dollars ou d'une peine d'emprisonnement maximale de six mois, ou des deux. 18 V.S.A. § 131(c).

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont véridiques et que je suis éligible pour recevoir une copie certifiée.

Signature\* : \_\_\_\_\_ Date Signé\* : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie\* : \_\_\_\_\_

**Envoyez ce formulaire dûment rempli, une copie de la pièce d'identité, un chèque ou un mandat, ainsi qu'une enveloppe pré-adressée au Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402.**