

د Vermont د زيرون يا مړينې تصديق تاييد شوې کاپي لپاره غوښتنلیک

د حياتي سوابقو دفتر د پستي
بکس شمېره 70
Burlington, VT 05402

ستوري (*) لرونکي توکي اړين معلومات دي.

د غوښتنلیک سپارونکي معلومات*:

ستاسو نوم: لومړۍ*: _____ منځنۍ: _____ تخلص*: _____ مخفف: _____
 سوداگريز نوم: _____
 پستي پته*: _____ ښار*: _____
 ايالت*: _____ زېږېدو نېټه*: _____ / _____ / _____
 د تېلفون شمېره*: _____ (_____) - _____ برېښنالیک پته: _____

د تصديق معلومات*:

زه يوه غوښتنه کوم (يو مورد انتخاب کړئ)*:

د مړينې تصديق

د مړينې نېټه*: _____ / _____ / _____
 د مړينې ښار* _____

د زيرون تصديق

د زېږېدو نېټه*: _____ / _____ / _____
 د زيرون ښار* _____

ايا دغه په بهر کې د زيږيدلي ماشوم د زيرون تصديق دی؟
 ایا دغه په بهر کې د زيږيدلي ماشوم د زيرون تصديق دی؟
 _____ هو _____ نه

په تصديق کې نوم: لومړۍ*: _____ منځنۍ: _____ تخلص*: _____ مخفف: _____
 جنسيت*: _____ نارينه _____ ښځينه _____ X (غير باينري)
 د مور/والدينو نوم: لومړۍ: _____ منځنۍ: _____ تخلص: _____ مخفف: _____
 د پلار د عکس کاپي به والدينو نوم: لومړۍ: _____ منځنۍ: _____ تخلص: _____ مخفف: _____

په تصديق کې له نومول شوي شخص سره ستاسو اړيکه (يو مورد انتخاب کړئ)*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> د محکمې د حکم له مخې مجاز | <input type="checkbox"/> ځان (يوازې BC) |
| له 18 V.S.A. § 5016(b)(2)(B) سره سم. | <input type="checkbox"/> مېرېمه/مېرمن |
| بايد د محکمې د حکم تاييد شوې کاپي چمتو کړي. | <input type="checkbox"/> ماشوم |
| د عکس کاپي به ونه منل شي. | <input type="checkbox"/> د والدينو |
| <input type="checkbox"/> د وروستي چلند لپاره واک (يوازې DC) | <input type="checkbox"/> خویندې وروڼه |
| <input type="checkbox"/> د ټولنيز امنيت اداره (يوازې DC) | <input type="checkbox"/> لمسی |
| <input type="checkbox"/> د متحده ايالاتو د پوځي تقاعد شوو کسانو چارو وزارت (يوازې DC) | <input type="checkbox"/> نيا نيکه |
| <input type="checkbox"/> د مړ شوي د بيې وړونکي (يوازې DC) | <input type="checkbox"/> قانوني سرپرست |
| <input type="checkbox"/> د Vermont د عامه ادارې کارکوونکي چې د Decedent's Estate | <input type="checkbox"/> د محکمې لخوا ټاکل شوی اجرائيه يا مدير |
| له 18 V.S.A. § 5016(a)(6) سره سم. | <input type="checkbox"/> لپاره د عريضې ورکوونکي واک لري |
| | <input type="checkbox"/> قانوني استازی (له پورتننيو څخه د يوه لپاره) |

غوښتنلیک په 2 پاڼه کې دوام لري.

د حکم جزیات*:

د غوښتل شوو کاپیو ټولټال شمیر: _____ \$10.00 x هره یوه = د امر ټولټال: \$ _____
چکونه یا د پیسو امرونه (د متحده ایالاتو فنډونه) د Vermont روغتیايي ځانګې ته د تادې وړ کړئ.

د غوښتنلیک سپارونکي د پیژندنې اسناد*

د Vermont له قانون سره سم ستاسو د اعتبار وړ ID کاپي باید ستاسو له غوښتنلیک سره وسپارل شي. د لاندې لېست شوو اسنادو یو دانه کاپي تسلیم کړئ. هغه انتخاب شوي ID شمیره او د انقضاء نیټه دننه کړئ چې تاسو یې چمتو کوئ.

د تصدیق شمېره: _____ انقضاء نیټه: _____ / _____ / _____

- متحده ایالاتو د موټر چلولو لایسنس یا ID کارت
- متحده ایالاتو د سیمې د موټر چلولو لایسنس یا ID کارت
- کارت چې ستاسو لاسلیک لري
- د متحده ایالاتو نظامي ID کارت چې ستاسو لاسلیک لري
- پاسپورټ: د متحده ایالاتو یا بهرني صادر شوی
- ویزه: د متحده ایالاتو لخوا صادر شوی او په پاسپورټ کې شامل شوی
- د متحده ایالاتو د اوسیدونکي بهرني کس کارت یا د متحده ایالاتو زرغون کارت یا د متحده ایالاتو د دایمي اوسیدونکي کارت (I-551 فورمه) د قبایلي ID
- د متحده ایالاتو د اجازې سند یا کارت
- د Vermont د کارکوونکي د اعتبار وړ ID (I-765 فورمه)
- د Vermont د کارکوونکي د اعتبار وړ ID
- "د بې کوره والي حالت حلفه" فورمه **
- د Vermont د اصالحاتو له ډیپارټمنټ څخه اسناد چې هویت ثابتوي **

** - د سند شمیره یا د انقضاء نیټې ته اړتیا نه لري

که تاسو له پورته ID گانو څخه یوه نه لرئ، نو باید له لاندې لیست څخه د دوو سندونو کاپي وسپارئ.

دغه دوه سندونه باید یو ځای ستاسو اوسني پته او لاسلیک وښيي.

یوازې لاندې لست شوي اسناد د بدیل ID د منلو وړ ډولونه دي.

- د کارکوونکي انځوریز ID کارت د تادې له کوچني کاغذ یا د متحده ایالاتو داخلي عوایدو W-2 فورمه
- د راپور کارت یا د اوسني نوملیکي بل ثبوت
- ښوونځي، پوهنتون یا کالج انځوریزه ID
- د اوسني فدرالي یا ایالتي اصالحاتو یا د زندان صادرې شوې ID
- ښوونځي، پوهنتون یا کالج انځوریزه ID
- د راپور کارت یا د اوسني نوملیکي بل ثبوت
- د بانک بیانیه، سره د کور یا ادارې بېل پته
- ټولنیز امنیت یا Medicare کارت ستاسو له لاسلیک سره
- د جواز لرونکي روغتیايي پاملرنې چمتو کوونکي لخوا ستاسو له نامه او اوسني پتي سره رسید
- د پیلوټ جواز
- د جواز لرونکي روغتیايي پاملرنې چمتو کوونکي لخوا ستاسو له نامه او اوسني پتي سره رسید
- د نومبر راجسټریشن یا سرلیک له اوسني پتي سره
- له نوم او اوسني پتي سره د لومړي ټولګي پست
- د متحده ایالاتو انتخابي خدمت کارت

تایید*:

هر هغه څوک چې په دې غوښتنلیک کې د کوم مادي حقیقت په توګه په پوهه سره غلط بیان، غلط وړاندې کول یا تصدیق کوي، تر \$10,000 ډیر جریمه یا تر شپږو میاشتو ډیر نه په بند محکوم کیدی شي یا دواړه. 18. V.S.A. § 131(c)

زه تصدیق کوم چې په دغه فورمه کې چمتو شوي معلومات رېښتیا دي او د تصدیق شوې کاپي د ترلاسه کولو وړ یم.

لاسلیک* _____ د لاسلیک نیټه* _____ / _____ / _____

روښانه نوم* _____

دا بشپړه شوې فورمه د پیژندنې کاپي، چک یا د پیسو آرډر او د ځان پته شوي پاکټ د Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402 ته واستوئ.