New Jersey Department of Health
Office of Vital Statistics and Registry
P.O. Box 370
Trenton, NJ 08625-0370

DELEGATION OF AUTHORITY TO RECEIVE CERTIFIED COPY OF VITAL RECORD (FOR MARRIAGE / CIVIL UNION RECORDS)

DELEGACIÓN DE AUTORIDAD PARA RECIBIR UNA COPIA CERTIFICADA DE UN REGISTRO CIVIL (PARA REGISTROS DE MATRIMONIO / UNIÓN CIVIL)

This statement must be signed and dated in the presence of a Notary Public. Authorized individual must also provide valid identification.
Este documento debe ser firmado y fechado ante un notario público. El individuo autorizado también debe proveer prueba de identificación valida.

Full Name of Authorizing Person *(Nombre Completo de la Personal Autorizante)*	Relationship to Individual on Record *(Relación con el Individuo en Registro)*

I give written authorization to:
(Yo otorgo autorizacion por escrito a:)

Name of Authorized Individual *(Nombre de Individuo Autorizado)*

who will obtain certified copies of vital records on my behalf. The information of the requested record is as follows:
(quien obtendrá copias certificadas del registro civil en mi nombre. La información del registro is la siguiente:)

Full Name of Spouse A/Partner A *(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) (Print or Type)* *[Nombre Completo de Pareja A (Inscrito en el acta de nacimiento o nombre de soltera)]* First *(Primer)* Middle *(Segundo)* Last *(Apellido)*	
Full Name of Spouse B/Partner B *(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name) (Print or Type)* *[Nombre Completo de Pareja B (Inscrito en el acta de nacimiento o nombre de soltera)]* First *(Primer)* Middle *(Segundo)* Last *(Apellido)*	
Exact Date of Event (MM/DD/YYYY) *(Fecha Exacta del Evento) (Mes/Día/Año)*	
Location of Event (City and County) *(Lugar del Evento) (Ciudad y Condado)*	
Signature of Authorizing Person *(Firma de la Personal Autorizante)* **X**	Date *(Fecha)*

Sworn to before me on this _____ day of _____, 20_____.

Signature of Notary Public: _____

_____
(Stamp)