

APPLICATION FOR CERTIFIED COPY OF **DEATH** CERTIFICATE

SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE **MUERTE**

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



Office Use Only	
Each Certified Copy	\$21.00
Additional Copies	\$ 4.00
Number Requested.....	_____
THVP Donation (optional) ..	_____
Total Due.....	_____
Certificate Number(s)....	_____
Cash_____Check#_____Debit/CC_____	

Optional donation to promote healthy early childhood Texas Home Visiting Programs - \$5.00

Donación opcional para promover programas saludables de visitas domiciliarias en la primera infancia en Texas -\$5.00

Please Print
(Por favor imprima)

Information Found on DEATH Certificate (Información encontrada en el certificado de Muerte)			
1. Full Name of Person on Record: (Nombre completo de la persona registrada)			
(FIRST/ PRIMERO)	(MIDDLE/ MEDIO)	(LAST/ ÚLTIMO)	
2. Date of Death: (Fecha de Muerte)			
(MONTH/MES)	(DAY/ DÍA)	(YEAR/ AÑO)	
3. Place of Death: (Lugar de Muerte)			
(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 # 1: (Yo, Madre, Padre, Hermano, Hermana, Representante Legal, Abuelo, etc.)			
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	
11. Applicant's Phone # (Número de teléfono del solicitante)			

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 5.02.2025