

McHENRY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH DEATH RECORD REQUEST FORM



The fee for a certified death certificate is **\$16.00** for the first and **\$6.00** for each additional certificate.

**Please note: Before a request for a death certificate can be considered, you must specify your eligibility to obtain it. If you are eligible, please indicate on this request your relationship to the decedent and the intended use.*

Death records are not public records and only the following are entitled to receive a certified death certificate:

- The informant that is listed on the death record.
- Immediate family members that have a personal or property interest with the decedent.
Additional legal documentation maybe required to prove the relationship between the decedent and requester. Individuals that are not related to the descent will require legal documentation for the intended use of the record

Two ways to obtain a death record:

Mail your request to:

McHenry County Department of Health
Attn: Vital Records
2200 N. Seminary Avenue
Woodstock, IL 60098

Visit us in person:

McHenry County Department of Health Building A
2200 N Seminary Ave (Route 47)
Woodstock, IL 60098
(815) 334-4510

Requests must include this completed form and:

- A valid copy of the requester's photo identification
- Legal documentation (if applicable)
- A check or money order payable to **MCDH**

When requesting in person, please bring:

- A valid photo identification
- Legal documentation (if applicable)
- Cash, check, money order or credit card payments accepted. ****Fees apply when using credit card****

Please complete this section

Number of certificates: _____ Today's date: _____

Name of deceased: _____
First Middle Last

Date of death: _____ Place of death: _____
Month / Day / Year Hospital / Home / Other (please specify)

Requester's name: _____
First Last

Home phone: _____ Cell phone: _____

Signature: _____

Requester's mailing address: _____
Street

_____ City State Zip

Relationship to deceased: Spouse / Parent / Other _____
(please specify)

Intended use of the record: Personal / Legal / Other _____
(please specify)

For Office Use Only

Amount Paid: \$ _____
Notes: _____

Cash / Check / Credit Card

Initials _____

EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE McHENRY FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN



El costo de un certificado de defunción es **\$16.00** por la primera y **\$6.00** por cada certificado adicional.

**Por favor tenga en cuenta: Antes de ser considerado para recibir un certificado de defunción debe especificar su elegibilidad para obtenerla. Si eres elegible, por favor indique en esta solicitud su relación con el individuo nombrado en el registro de defunción.*

Los registros de defunción no son registros públicos y solamente los siguientes tienen derecho para recibir certificado de defunción:

- El informante que está incluido en el registro de defunción.
- Familiares directos que tienen un interés personal o de propiedad con el difunto.
Adicional documentación legal tal vez necesaria para demostrar la relación entre el solicitante y el difunto. Individuos que no están relacionados con el difunto requerirá documentación legal para la utilización de registro

Dos maneras de obtener un registro de defunción:

Enviar su solicitud por correo :

McHenry County Department of Health
Attn: Vital Records
2200 N Seminary Ave.
Woodstock, IL 60098

Visite la oficina en persona:

McHenry County Department of Health Building A
2200 N Seminary Ave (Route 47)
Woodstock, IL 60098
(815) 334-4510

Llene esta solicitud y enviar junto con:

- Una copia válida de identificación con fotografía del solicitante
- Documentación legal (si corresponde)
- Un cheque o giro postal a nombre de: **MCDH**

Atención - al solicitar en persona, favor de traer:

- Solicitante deber traer su identificación con fotografía
- Documentación legal (si corresponde)
- Aceptamos dinero en efectivo, cheque, giro postal y tarjeta de crédito/debito. * Hay una tarifa en usar tarjeta*

Por favor llene esta sección

Numero de certificados: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre del difunto: _____
Primer Segundo Apellido(s)

Fecha de fallecimiento: _____ Lugar de fallecimiento _____
Mes / Día / Año Nombre del Hospital / Casa / Orto (por favor explique)

Nombre del solicitante: _____
Primer Apellido(s)

Número de casa: _____ Número de celular: _____

Firma: _____

Su domicilio: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Relación con el difunto: Esposo(a) / Padre / Madre / Otro _____
(por favor explique)

Uso del registro: Personal / Legal / Otro _____
(por favor explique)

Para uso de oficina

Amount Paid: \$ _____

Cash / Check / Credit Card

Initials _____

Notes: _____