

## Instrucciones para el formulario de pedido de certificado de defunción

Lea atentamente estas instrucciones antes de completar y enviar el Formulario de pedido de certificado de defunción. El Capítulo 70.58A RCW y el Capítulo 246-491 WAC requieren que todos los solicitantes sean un solicitante calificado, proporcionen documentación de identidad y prueba de elegibilidad, y proporcionen la información requerida para solicitar un certificado de defunción.

### Lista de verificación para completar el Formulario de Pedido de Certificado de Defunción:

- ☐ Complete todos los campos del formulario de pedido del certificado de defunción, firme y fecha
- ☐ Una copia de su(s) documento(s) de identidad
- ☐ Una copia de su(s) documento(s) de prueba de elegibilidad
- ☐ Pago con tarjeta de crédito o giro postal pagadero a GCHD (las compras de certificados no son reembolsables)

**Envíe el formulario de pedido, todos los documentos y el pago a:** **Si envía el formulario de pedido con una solicitud de corrección, envíe todos los documentos y el pago a:**

Distrito de Salud del Condado de Grant  
1038 W Ivy St Ste 1  
Moses Lake, WA WA 98837  
509-766-7960

Centro de Estadísticas de Salud  
A la atención de: Correcciones  
PO Box 47814  
Olympia, WA 98504-7814

### ¿Qué es un solicitante calificado?

Un solicitante calificado es una persona que es elegible para recibir un certificado.

### ¿Quiénes son los solicitantes calificados para un certificado de defunción de formato largo?

Los solicitantes calificados para un certificado de defunción de formato largo son: Cónyuge / Pareja doméstica, Hijo, Padre, Padrastro, Hijastro, Hermano, Abuelo, Nieto, Bisabuelo, Tutor Legal, Representante Legal, Representante Autorizado, Pariente Cercano (si no vive nadie más de esta lista), Director Funerario o Establecimiento Funerario que figura en el registro (hasta 12 meses a partir de la fecha de la muerte), o Agencia Gubernamental o los Tribunales (sólo para funciones oficiales).

### ¿Quiénes son los solicitantes calificados para un certificado de defunción form corto?

Los solicitantes calificados para certificados de defunción de formato corto son los mismos que los certificados de defunción de formato largo, más estos solicitantes calificados adicionales: un asegurador de título o agente de seguros de título que maneja una transacción que involucra propiedad real, o una persona que demuestra que el certificado es necesario para una determinación relacionada con la muerte o la protección de un derecho personal o de propiedad relacionado con la muerte.

**¿Es usted uno de los solicitantes calificados enumerados anteriormente para el certificado de defunción que está solicitando?** En caso afirmativo, continúe. Deberá proporcionar documentación de identidad y prueba de elegibilidad.

**\*\*Si usted no es uno de los mencionados anteriormente, DETÉNGASE. No recibirá un certificado de defunción del estado de WA\*\***

### ¿Qué es la documentación de prueba de elegibilidad?

La documentación de elegibilidad son documentos que lo vinculan con el certificado de defunción solicitado.

1. Si aparece en el registro y su documentación de identidad lo vincula suficientemente con el registro (es decir, los padres), su requisito de prueba de elegibilidad es met.
2. Si no aparece en el registro o su documentación de identidad no lo vincula suficientemente con el registro, debe proporcionar documentación adicional para demostrar la elegibilidad.

### ¿Qué documentos aceptará el Departamento de Salud (DOH) para probar la elegibilidad?

El DOH aceptará los siguientes documentos para demostrar la elegibilidad:

- x Copias de registros vitales como certificaciones de nacimiento, defunción, matrimonio y divorcio de esta u otra jurisdicción que lo vinculan con el registro solicitado
- x Copias de órdenes judiciales certificadas de un tribunal de jurisdicción competente que lo vinculen con el record (es decir, representante legal) x Documento o carta de una agencia gubernamental o tribunales que indiquen que la certificación se utilizará en la realización de tareas oficiales (solo para funcionarios gubernamentales y judiciales)

Vea la [Prueba de elegibilidad \(PDF\)](#) para ver ejemplos de cómo probar la relación que califica.

Clientes sordos o con problemas de audición, llame al 711 (Washington Relay) o envíe un correo electrónico [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).



DOH 422-184 marzo2021

### ¿Qué documentación de identidad aceptará el DOH?

El DOH aceptará una copia de:

- x Un documento de identidad emitido por el gobierno (debe contener foto, nombre completo y fecha de nacimiento) que esté vigente o haya expirado menos de 60 días; o
- x Si no tiene un documento de identidad emitido por el gobierno, entonces al menos dos documentos alternativos de la lista alternativa. Los documentos alternativos deben contener nombres y apellidos y direcciones coincidentes, o en combinación contienen nombre completo, fecha de nacimiento y fotografía.

Vea la lista de [documentación de identidad aceptable](#).

### ¿Qué información se requiere?

Se requiere la siguiente información tal como aparece en el certificado de defunción:

- x Nombre y apellido del difunto x Fecha de muerte (mes y año) x Ciudad o condado donde ocurrió la muerte

### ¿Cuál es la diferencia entre el certificado de defunción de formato largo y el certificado de death de formulario corto?

El certificado de defunción de formato largo contiene información sobre la causa y la forma de la muerte y el número de seguro social del difunto. Este producto puede ser necesario para cerrar cuentas bancarias o reclamar beneficios como pólizas de seguro de vida.

El certificado de defunción de formato corto es un nuevo producto que se ofrece solo para las muertes que se registraron electrónicamente a partir del 1 de enero de 2018 hasta el presente. No contiene información sobre la causa y la forma de la muerte o el número de seguro social del difunto. Este producto podría ser necesario para transferir títulos (por ejemplo, vehículos), transacciones de bienes raíces y casos de sucesiones.

Consulte con la agencia o empresa donde utilizará el certificado para saber qué información debe incluir antes de comprarlo.

### ¿Qué pasa si no puedo proporcionar los documentos requeridos para demostrar la elegibilidad, no tengo documentos de identidad de la lista aceptable o no conozco la información requerida?

Si no puede cumplir con los requisitos, puede enviar una solicitud de excepción. Este proceso permite al solicitante explicar por qué no puede proporcionar la documentación o información requerida.

### ¿Qué dirección pongo en el formulario de pedido?

La dirección que proporcione en el formulario de pedido debe ser la dirección en la que está REGISTRADO para recibir correo. Si esa no es una opción, ponga el nombre de la persona registrada en la dirección y luego ponga "en cuidado" antes de su nombre (Ej. John Doe C / O Jane Doe, 101 Israel Rd SE, Tumwater, WA 98502). Si completa el formulario a mano, imprima claramente para evitar demoras en el procesamiento.

### ¿Qué forma de participación se acepta?

Aceptamos pedidos múltiples o pagos con tarjeta de crédito para solicitudes enviadas por correo a GCHD. Asegúrese de que su giro postal sea pagadero a GCHD.

**Nota importante: no se otorgarán reembolsos si no se pudo localizar un registro o la documentación que proporcionó no demostró que era elegible para recibir un certificado de defunción.**

**Consejo útil:** Para confirmar que GCHD ha recibido su pedido por teléfono, necesitamos:

- x Para giros postales: número de orden de dinero y fecha en que se cobró (para encontrar esta fecha, llame al número proporcionado en su recibo de giro postal)

Para obtener más información sobre los registros vitales, visite nuestro sitio web en <https://www.doh.wa.gov/vitalrecords>.



GRANT COUNTY HEALTH DISTRICT

# FORMULARIO DE PEDIDO POR CORREO DE ACTA DE DEFUNCIÓN

REGISTRAR  
PUNTO DE  
VALIDACIÓN

NO UTILICE NINGÚN PROVEEDOR EXTERNO NO  
APROBADO PARA OBTENER ESTE FORMULARIO. NO  
PAGUE UNA TARIFA POR ESTE FORMULARIO

ENVÍE LOS PEDIDOS POR  
CORREO A:

GCHD  
1038 W Ivy Ave, Ste 1  
Moses Lake, WA 98837

**\*\*NO SE EMITIRÁN REEMBOLSOS SI NO SE PUEDE  
LOCALIZAR EL REGISTRO O SI LA DOCUMENTACIÓN  
PROPORCIONADA NO PRUEBA QUE USTED ES UN  
SOLICITANTE CALIFICADO PARA RECIBIR UN  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN\*\***

**# DE RECIBO:**

**FECHA:**

**PHA:**

☐ CORREO

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                                     |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE                                                                                                                                                                      | NOMBRE DE LA PERSONA/NOMBRE DE EMPRESA):                                                                                                                               |                     |                                                   |                                     |                                                |
|                                                                                                                                                                                                  | DIRECCIÓN:                                                                                                                                                             |                     |                                                   |                                     |                                                |
|                                                                                                                                                                                                  | CIUDAD:                                                                                                                                                                | ESTADO:             | CÓDIGO POSTAL:                                    | PAÍS:                               |                                                |
|                                                                                                                                                                                                  | NUMERO DE TELEFONO:                                                                                                                                                    | CORREO ELECTRÓNICO: |                                                   |                                     |                                                |
| Para recibir un certificado de defunción, debe indicar su relación con el solicitante de registro a continuación y firmar la declaración jurada de que está autorizado a recibir el certificado. |                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                                     |                                                |
| SELECCION DE RELACION                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de hecho                                                                                                                       |                     | <input type="checkbox"/> Niño                     | <input type="checkbox"/> Padre      | <input type="checkbox"/> Padrastro             |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Hermano                                                                                                                                       |                     | <input type="checkbox"/> Abuelo                   | <input type="checkbox"/> Nieto      | <input type="checkbox"/> Bisabuelo             |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Representante legal                                                                                                                           |                     | <input type="checkbox"/> Representante autorizado | <input type="checkbox"/> Tribunales | <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Asegurador de título/Agente de seguro de título - <b>SOLO FORMA CORTA</b>                                                                     |                     |                                                   |                                     |                                                |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Determinación relacionada con la muerte/protección de un derecho personal/patrimonial relacionado con la muerte – <b>SOLO FORMA ABREVIADA</b> |                     |                                                   |                                     |                                                |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Director de funeraria/establecimiento funerario: <b>SOLO VÁLIDO DENTRO DE LOS 12 MESES A PARTIR DE LA FECHA DE FALLECIMIENTO</b>              |                     |                                                   |                                     |                                                |
| <input type="checkbox"/> Persona que tiene derecho a controlar la disposición de los restos bajo RCW 68.50.160 nombrada en el registro                                                           |                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                                     |                                                |
| Se deben completar todos los campos siguientes para procesar el pedido.                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                                     |                                                |
| DETALLES DEL REGISTRO                                                                                                                                                                            | NOMBRE(S) COMPLETO:                                                                                                                                                    |                     | SEGUNDO NOMBRE COMPLETO:                          |                                     | APELLIDO(S):                                   |
|                                                                                                                                                                                                  | FECHA APROXIMADA DE MUERTE: (MES Y AÑO)                                                                                                                                |                     |                                                   |                                     | CIUDAD O CONDADO DE LA MUERTE:                 |
|                                                                                                                                                                                                  | OTROS NOMBRES, SI SE CONOCEN (POR EJEMPLO, APELLIDO DE SOLTERA, NOMBRES DE CASADOS, NOMBRES DE LOS PADRES, ETC.):                                                      |                     |                                                   | CÓNYUGE(S), SI SE CONOCEN:          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                  | FECHA DE NACIMIENTO, SI SE CONOCE:                                                                                                                                     |                     |                                                   | LUGAR DE NACIMIENTO, SI SE CONOCE:  |                                                |

- ☐ He incluido una copia de mi(s) documento(s) de identidad, mi(s) documento(s) de prueba de elegibilidad y la tarifa no reembolsable requerida. Consulte las instrucciones para obtener más información.
- ☐ Al firmar este formulario, declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Además, tenga en cuenta que proporcionar deliberadamente una declaración falsa a los registros vitales para un certificado es un delito menor según la ley de Washington, RCW 70.58A.590(2).

FIRMA (SOLICITANTE)

FECHA DE FIRMA: (DD/MM/AAAA)

|                                                                                              |  |   |      |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|------|---|
| TARIFAS: (Marque la casilla para seleccionar el tipo de pedido y luego ingrese la cantidad). |  |   |      |   |
| <input type="checkbox"/> Número total de ACTA LARGA                                          |  | x | \$25 | = |
| <input type="checkbox"/> Número total de ACTA CORTA                                          |  | x | \$25 | = |
| <input type="checkbox"/> Correo de primera clase                                             |  |   | \$2  | = |
| MONTO TOTAL ADEUDADO: (AGREGUE EL MONTO DE LA TARIFA + ENVÍO PARA EL TOTAL ADEUDADO)         |  |   |      |   |

|                                             |       |           |
|---------------------------------------------|-------|-----------|
| SOLO PARA USO EN LA OFICINA/OFFICE USE ONLY |       |           |
| <input type="checkbox"/> VERIFIED           | DATE: | INITIALS: |
| CERTIFICATE#:                               |       |           |

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Los clientes sordos o con problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un correo electrónico a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).