TOWN OF ISLIP – ATTN: REGISTRAR'S OFFICE
OFFICE OF THE TOWN CLERK
655 Main St., Islip NY 11751
townclerk@islipny.gov
631-224-5498

OLGA H. MURRAY
TOWN CLERK & REGISTRAR OF VITAL STATISTICS

Solicitud del Registrador Local para Copia de Registro de Nacimiento

Una identificacion requerida debe ser incluida con la aplicacion. Efectivo, cheque o giro postal son aceptables como form de pago no aceptamos tarjetas de credit o debito. El cheque o giro postal debe ser hecho a el nombre de Town of Islip. No se aceptan cheques fuera de el estado de NY.

Reconocimineto de Paternidad_____# de copias: No hay costo
Registro/Acta de Nacimiento_____# de copias: $10 cada una

Nombre: (como escrito en la acta de nacimiento) *Primer nombre Segundo nombre Apellido*	Fecha de nacimiento: *(mm/dd/aaaa)*
Ciudad o Pueblo donde ocurio el nacimiento :	Nombre de el hospital donde nacio:
Nombre de el Padre: (como escrito en la acta de nacimiento) *Primer nombre Segundo nombre Apellido*	Nombre de la Madre: (apellido de soltera) *Primer nombre Segundo nombre Apellido*
Cual es su relacion a la person en el registro requerido? (Si es usted mismo, poner "yo")	Si usted es un abogado, porfavor provee su nombre y su relacion hacia el cliente de el por cual esta obtenido el registro.

Porfavor complete la informacion de el aplicante en la parte de abajo

Informacion de el aplicante: _____ *(Nombre)* _____ *(Calle)* _____ *(Ciudad) (Estado/Codigo Postal)* _____ *(Numero telefonico)*	Si requiriendo por correo porfavor imprime el nombre y dirrecion en donde desea que los documentos sean enviados: *(Si, desea que se lo manden a P.O. Box o a una tercer persona debe mandar una carta notarizada autorizando dicho acto).* _____ *(Nombre)* _____ *(Calle)* _____ *(Ciudad) (Estado/Codigo Postal)*
Firma de el aplicante: ➢ _____ Fecha: _____ *(mm/dd/aaaa)*	**Solo para la oficina de registro:** ☐ **Receipt #** _____ ☐ **No Record**_____ ☐ **Cash**_____ ☐ **Mo#** _____ ☐ **Check #** _____

Revised 03/2019

TOWN OF ISLIP – ATTN: REGISTRAR'S OFFICE
OFFICE OF THE TOWN CLERK
655 Main St., Islip NY 11751
townclerk@islipny.gov
631-224-5498

OLGA H. MURRAY
TOWN CLERK & REGISTRAR OF VITAL STATISTICS

Local Registrar's Application for Copy of Birth Record

Required ID must be included with application. Make money order or check payable to the Town of Islip. No out of state checks accepted. No debit or credit cards accepted.

Acknowledgement of Paternity_____copies: No Charge Birth Certificate_____copies: $10 each

Name: (as listed on Birth Certificate) *First Middle Last*	Date of Birth: *(mm/dd/yyyy)*
Town, City or Village where birth occurred:	Name of Hospital where birth occurred:
Father's Name:	Mother's Name: (Maiden name)
What is your relationship to person whose record is Required? (If self, state "SELF")	If Attorney, give name and relationship of your client to person Whose record is required:

Please complete applicants information below

Address of Applicant: _____ *(Name)* _____ *(Street)* _____ *(City) (State/Zip)* _____ *(Telephone Number)*	If requesting by mail please print or type name and address where records should be sent: *(If delivery is to a P.O. Box or third party, you must submit with this application, a **notarized** statement signed by the applicant and a copy of the applicant's Driver's License.)* _____ *(Name)* _____ *(Street)* _____ *(City) (State/Zip)*
Signature of Applicant: ➢ _____ Date: _____ *(mm/dd/yyyy)*	**Registrar use only:** ☐ **Receipt # _____** ☐ **No Record_____** ☐ **Cash_____** ☐ **Mo# _____** ☐ **Check # _____**

Revised 03/2019