

8 Ybj J`YHck bg\ jd` Department of Health  
Office of Vital Statistics  
1 Saint Mary's Place  
Denville, NJ 07834

**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 or be accompanied by a photocopy of the authorizing person's valid photo identification. Authorized individual must also provide valid identification.  
Este documento debe ser firmado y fechado ante un notario público o acompañado con una copia de identificación válida de la persona autorizante. El individuo autorizado también debe proveer prueba de identificación válida.*

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

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

Name of Authorized Individual <i>(Nombre de Individuo Autorizado)</i>
--

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:)*

Maiden Name of Wife/Partner A <i>(Nombre de Soltera de Esposa/Pareja A)</i>	First <i>(Primer)</i>	Last <i>(Apellido)</i>
Name of Husband/Partner B <i>(Nombre del Esposo/Pareja B)</i>	First <i>(Primer)</i>	Last <i>(Apellido)</i>
Exact Date of Event (MM/DD/YYYY) <i>(Fecha Exacta del Evento) (Mes/Día/Año)</i>		
Location of Event (City and County) <i>(Lugar del Evento) (Ciudad y Condado)</i>		
Signature of Authorizing Person <i>(Firma de la Personal Autorizante)</i>	Date <i>(Fecha)</i>	

Sworn to before me on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Signature of Notary Public: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Stamp)*