

Office Use Only:

AM PM MAIL CALL



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОКРУГА УОТКОМ

Штат Вашингтон
Подача заявления на
выдачу свидетельства о
рождении и смерти

509 Girard Street
Bellingham, WA 98225
Телефон: 360-778-6000
Факс: 360-778-6001

- Отправка по почте или при личном посещении Департамента здравоохранения по указанному выше адресу.
- Рабочие часы 08:30 – 16:30, понедельник – пятница (выходные и праздники — нерабочие дни).
- Заказ справок и свидетельств ОНЛАЙН на сайте <http://www.whatcomcounty.us/1575/Birth-Death-Certificates>
 - **ПРИМЕЧАНИЕ:** Заявки на выдачу свидетельства, сделанные онлайн, обрабатываются на следующий рабочий день.
- Свидетельства о рождении для новорожденных, как правило, доступны через три недели после даты рождения.
- **Заявления, поданные лично до 11:30, будут готовы в 15:00 того же рабочего дня.**
Заявления, поданные лично после 11:30, будут готовы в 10:00 на следующий рабочий день.

Лицо, забирающее или заказывающее свидетельство, должно заполнить следующую форму в целях идентификации личности.

Имя лица, подающего заявление _____

Почтовый адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Домашний телефон (____) _____

Свидетельства о РОЖДЕНИИ – только для штата Вашингтон – С 1
июля 1907 г. до настоящего времени
ТРЕБУЮТСЯ ТОЧНЫЕ ДАННЫЕ

Количество запрашиваемых копий _____ (\$20 за копию)

ИМЯ НА СВИДЕТЕЛЬСТВЕ _____
Имя Второе имя Фамилия

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____
Месяц День Год (Город или округ)

ИМЯ ОТЦА/РОДИТЕЛЯ ПРИ РОЖДЕНИИ _____ Не указано
Имя Второе имя Фамилия

ИМЯ МАТЕРИ/РОДИТЕЛЯ ПРИ РОЖДЕНИИ _____
Имя Второе имя Девичья фамилия

Свидетельства о СМЕРТИ – только лица, умершие на территории округа Уотком
***** С 1989 г. до НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ *****

Количество запрашиваемых копий _____ (\$20 за копию)

ИМЯ НА СВИДЕТЕЛЬСТВЕ _____
Имя Второе имя Фамилия

ДАТА СМЕРТИ _____ МЕСТО СМЕРТИ _____
(или поиск в пределах 10-лет) Месяц День Год (Ближайший город в округе Уотком)

***** BELOW FOR VITAL RECORDS OFFICE USE ONLY *****

Certificate(s) Pending: Newborn _____ Paternity _____

Certificate(s) Issued: Counter _____ Mailed _____ Date Issued _____