

Vital Records Office
240 State Drive
Waterbury, VT 05671

भर्मोन्टको जन्म वा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिका लागि आवेदन

एस्ट्रिक (*) भएका ठाउँहरूमा अनिवार्य जानकारी भरिनुपर्छ ।

आवेदकसम्बन्धी जानकारी*:

तपाईंको नाम: नाम*: _____ बीचको नाम: _____ थर*: _____ प्रत्यय: _____
व्यवसायको नाम: _____
पत्राचार ठेगाना*: _____ सहर*: _____
राज्य*: _____ जिप कोड*: _____ जन्म मिति*: _____ / _____ / _____
फोन नम्बर*: (_____) _____ - _____ इमेल ठेगाना: _____

प्रमाणपत्रसम्बन्धी जानकारी*:

मैले निम्न अनुरोध गर्दै छु (एउटा छनौट गर्नुहोस्)*:

☐ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र

जन्म मिति*: _____ / _____ / _____

जन्म भएको नगर* _____

के यो जन्म दर्ता प्रमाणपत्र विदेशमा जन्मिएको बच्चाका लागि हो ?
_____ हो _____ होइन

☐ मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र

मृत्युको मिति*: _____ / _____ / _____

मृत्यु भएको नगर* _____

प्रमाणपत्रमा नाम: नाम*: _____ बीचको नाम: _____ थर*: _____ प्रत्यय: _____

लिंग*: _____ पुरुष _____ महिला _____ x (नन-बाइनरी)

आमा/अभिभावकको नाम: नाम: _____ बीचको नाम: _____ थर: _____ प्रत्यय: _____

बुबा/अभिभावकको नाम: नाम: _____ बीचको नाम: _____ थर: _____ प्रत्यय: _____

प्रमाणपत्रमा भएको व्यक्तिसँग तपाईंको सम्बन्ध (एउटा छनौट गर्नुहोस्)*:

☐ आफैं (जन्म दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

☐ पति/पत्नी

☐ सन्तान

☐ आमा/बुबा

☐ दाजुभाइ/दिदीबहिनी

☐ नाति/नातिनी

☐ हजुरबुबा/हजुरआमा

☐ कानुनी अभिभावक

☐ अदालतद्वारा नियुक्त कार्यसम्पादक वा प्रशासक

☐ बर्मोजिम मृतकको इस्टेट (जायजेथा) का लागि अधिकार प्रदान गरिएको

☐ कानुनी प्रतिनिधित्व (माथिमध्ये एकका लागि)

☐ अदालती आदेशद्वारा अनुमति दिइएको

18 V.S.A. § 5016(b)(2)(B) बर्मोजिम ।

अदालती आदेशको प्रमाणित प्रति अनिवार्य रूपमा उपलब्ध गराइनुपर्छ ।

फोटोकपीहरू स्वीकार गरिने छैन ।

☐ अन्तिम संस्कारका लागि प्राधिकरण (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

☐ सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

☐ U.S. अमेरिकी भूपू सैनिक मामिला विभाग (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

☐ मृतकको बीमा कम्पनी (मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रमा मात्र)

☐ भर्मोन्टको सार्वजनिक निकायका कर्मचारी

18 V.S.A. § 5016(a)(6)

आवेदन पृष्ठ 2 मा क्रमशः रहन्छ ।

अर्डरसम्बन्धी विवरण*:

अनुरोध गरिएको कुल प्रति: _____ x प्रति \$10.00 = अर्डर कुल: \$ _____

Vermont Department of Health को नाममा भुक्तानी हुने चेक वा मनि अर्डर (अमेरिकी फण्ड) बनाउनुहोस् ।

आवेदकको परिचय खुले कागजात(हरू)*

भर्मोन्टको विधानअनुसार तपाईंको वैध आइडी (परिचयपत्र) को प्रतिलिपि तपाईंको आवेदनसँग अनिवार्य रूपमा बुझाइनुपर्छ । तल सूचिकृत कागजातहरूमध्ये कुनै "एक" को प्रतिलिपि बुझाउनुहोस् । तपाईंले उपलब्ध गराउने भनेर छनोट गर्नुभएको आइडीको आइडी नम्बर र म्याद समाप्त हुने मिति भर्नुहोस् ।

कागजात #: _____ म्याद समाप्ति मिति: _____ / _____ / _____

- | | |
|---|--|
| ☐ अमेरिकाद्वारा जारी सवारीचालक अनुमतिपत्र वा आइडी कार्ड | ☐ अमेरिकी निवासी विदेशी कार्ड वा अमेरिकी ग्रीन कार्ड वा |
| ☐ अमेरिकी स्वशासित क्षेत्रहरूको सवारीचालक अनुमतिपत्र वा आइडी कार्ड | अमेरिकी स्थायी आवास अनुमति कार्ड (फाराम I-551) |
| ☐ तपाईंको हस्ताक्षर सहितको जनजातीय कार्ड | ☐ अमेरिकी रोजगारी अनुमति कागजात वा कार्ड |
| ☐ तपाईंको हस्ताक्षर सहितको अमेरिकी सैन्य आइडी कार्ड | (फाराम I-765) |
| ☐ राहदानी: अमेरिकी वा विदेशमा जारी | ☐ भर्मोन्ट राज्यको वैध कर्मचारी |
| ☐ आइडी भिसा: अमेरिकाद्वारा जारी गरिएको र तपाईंको हस्ताक्षर रहेको | ☐ "घरवारविहीन स्थितिको शपथपत्र" फाराम ** |
| राहदानीमा रहेको | ☐ परिचयलाई समर्थन गर्ने भर्मोन्टको सुधार गृह |
| | व्यवस्थापन विभागबाट कागजात ** |

** - कागजात नम्बर वा म्याद समाप्ति मिति आवश्यक नपर्ने

यदि तपाईंसँग माथिका आइडीहरूमध्ये एउटा पनि छैन भने तपाईंले तल सूचिकृत दुईवटा कागजातहरूका प्रतिलिपिहरू अनिवार्य रूपमा बुझाउनुपर्छ ।

यी दुईवटा कागजातहरूले तपाईंको हालको ठेगाना र तपाईंको हस्ताक्षर अनिवार्य रूपमा देखाउनुपर्छ ।

तल सूचिकृत कागजातहरू वैकल्पिक आइडीका स्वीकार्य स्वरूपहरू हुन् ।

- | | |
|---|---|
| ☐ तलबको भुक्तानी रसिद सहितको कर्मचारी फोटो आइडी वा | ☐ मतदाता नामावली कार्ड |
| अमेरिकी आन्तरिक राजस्व W-2 फाराम | ☐ हालको ठेगाना र हस्ताक्षर सहितको दायर गरिएको फाराम |
| ☐ सङ्घीय कर रिपोर्ट कार्ड वा हाल भर्ना रहेको भनेर अन्य प्रमाण सहितको | ☐ बैंक विवरण, हालको ठेगाना भएको सम्पत्ति वा उपयोगिता बिल |
| स्कूल, विश्वविद्यालय वा कलेजको फोटो आइडी | ☐ हालको ठेगाना रहेको अमेरिकी वा राज्यको अदालतका कागजातहरू कार्ड |
| ☐ सेवाको सङ्घीय वा राज्यको सुधार गृह वा कारागारद्वारा जारी गरिएको आइडी | ☐ नाम र हालको ठेगाना भएको इजाजतप्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट |
| ☐ तपाईंको हस्ताक्षर सहितको सामाजिक सुरक्षा वा Medicare | प्राप्त रसिद |
| ☐ पाइलटको अनुमतिपत्र | ☐ नाम र हालको ठेगाना सहितको फर्स्ट क्लास मेल |
| ☐ हालको ठेगाना सहितको कारको रजिस्ट्रेशन वा कारको स्वामित्व कागजात | |
| ☐ अमेरिकी सेलेक्टिभ सर्भिस कार्ड | |

प्रमाणीकरण*:

यस आवेदनमा भौतिक तथ्यको रूपमा जानीजानी गलत विवरण दिने, गलत प्रस्तुति गर्ने वा प्रमाणीकरण गर्ने कुनै पनि व्यक्तिलाई \$10,000 भन्दा बढी नहुने गरी जरिवाना वा छ महिनाभन्दा बढी नहुने गरी कैद वा दुवै सजाय हुनेछ । 18 V.S.A. § 131(c) ।

म यस फाराममा उपलब्ध गराइएको जानकारी सत्य छ र म प्रमाणित प्रति प्राप्त गर्नका लागि योग्य छु भनेर प्रमाणित गर्छु ।

हस्ताक्षर*: _____ हस्ताक्षर गरिएको मिति*: _____ / _____ / _____

स्पष्ट अक्षरमा पूरा नाम*: _____

यो पूरा भरेको फाराम, परिचयको प्रतिलिपि, चेक वा मनि अर्डर र आफ्नो ठेगाना लेखिएको खामलाई हुलाकमार्फत
Vermont Department of Health, Vital Records, P.O. Box 70, Burlington, VT 05402 मा पठाउनुहोस् ।