



REQUEST FOR DEATH RECORDS

MARIA M. LACOUR, CITY CLERK
100 N. MLK Jr. Ave., WAUKEGAN, IL 60085
847 599-2513

DATE/FECHA _____

YOUR NAME/SU NOMBRE: _____

**PRESENT ADDRESS/
DOMICILIO:** _____

The fee for any death record is \$12 for a certified copy. The fee is \$7 for each additional copy of the same record issued within 30 days.

REQUEST FOR DEATH RECORDS

<u>QUANTITY</u>	<u>NAME OF DECEASED</u>	<u>DATE OF DEATH</u>
_____	_____	_____

El cobro por una petición de un certificado de defunción es de \$12 por la primer copia certificada y \$7 por cada copia adicional si es expedida en 30 dias.

PETICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

<u>CUANTAS COPIAS</u>	<u>NOMBRE DEL FALLECIDO</u>	<u>FECHA DE FALLECIMIENTO</u>
_____	_____	_____

**REQUESTER'S SIGNATURE
FIRMA DE LA PERSONA QUE ESTA REQUIRIENDO EL CERTIFICADO**

FEE AMOUNT \$ _____ **CLERK** _____ **RECEIPT#** _____