

New Jersey Department of Health
Office of Vital Statistics and Registry
P.O. Box 370, Trenton, NJ 08625-0370

**APPLICATION FOR A CERTIFIED COPY OF A
NO RECORD OF MARRIAGE STATEMENT**
**APLICACIÓN PARA COPIA CERTIFICADA DE
DECLARACIÓN DE SOLTERÍA**

**NO RECORD
MARRIAGE
DECLARACIÓN
DE SOLTERÍA**

No Record of Marriage searches are conducted from the year the applicant turned 16 years of age to the present year. The initial year searched is \$25; each additional year searched is \$1 per year. Provide the year in which you turned 16 as the first search year, the full name of your parents as listed on your birth certificate. You must provide valid identification as proof of identity and proof of relationship.

Solicitudes para la búsqueda de Declaración de Soltería empiezan cuando el solicitante cumple los 16 años de edad hasta el presente año. La tarifa por la búsqueda inicial es \$25 por el año mas \$1 por cada año adicional de búsqueda. Proporcione el año en que cumplió los 16 años de edad, el nombre completo de sus padres como aparece registrado en su partida de nacimiento. Usted debe proveer identificación válida como prueba de identidad.

PLEASE PRINT CLEARLY! ALL ITEMS ARE REQUIRED UNLESS NOTED OTHERWISE.* PROOF OF IDENTITY IS REQUIRED. MAKE CHECK OR MONEY ORDER PAYABLE TO "TREASURER, STATE OF NEW JERSEY."
POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE! TODOS LOS ARTÍCULOS SON NECESARIOS AL MENOS QUE SE DISPONGA LO CONTRARIO. SE REQUIERE PRUEBA DE IDENTIDAD. REMITIR CHEQUE O GIRO POSTAL (Money Order) A "TREASURER, STATE OF NEW JERSEY."

INFORMATION ON INDIVIDUAL MAKING APPLICATION <i>(INFORMACIÓN SOBRE EL INDIVIDUO COMPLETANDO LA APLICACIÓN)</i>	
Name of Applicant <i>(Nombre del Apicante)</i>	
Street Address <i>(Dirección Postal)</i>	
City <i>(Ciudad)</i>	
State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Código Postal)</i> Telephone Number <i>(Número Telefónico)</i>
Relationship to the person named on requested record. <i>(Relación con individuo mencionado en el registro solicitado.)</i>	
Signature <i>(Firma)</i>	Date <i>(Fecha)</i>
INFORMATION ON RECORD REQUESTED <i>(INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO SOLICITADO)</i>	
Full Name <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[Nombre completo (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i>	No. of Copies <i>(No. de Copias)</i>
Year in which Applicant Turned 16 Years of Age <i>(Año en cual el aplicante cumplió los 16 años de edad)</i>	Date of Birth of Applicant <i>(Fecha de Nacimiento del aplicante)</i>
Place of Birth <i>(Lugar de Nacimiento)</i>	
Full Name of Parent A <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre A (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i>	
Full Name of Parent B <i>(List name given at birth or on birth certificate/Maiden name)</i> <i>[Nombre completo de Padre/Madre B (Inscrito en el acta de nacimiento o de soltera)]</i>	

FOR OFFICIAL USE ONLY:	Payment Type: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> M/O <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Waived	Payment Amount: \$	ID Viewed:	Processed By:
	<input type="checkbox"/> Certified Copy <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Apostille			Request _____ of _____