



Margie R. Ibarra
WEBB COUNTY CLERK
COUNTY CLERK'S OFFICE
1110 VICTORIA ST., SUITE 201
LAREDO, TEXAS 78040

DEATH CERTIFICATE APPLICATION

NO searches will be processed without a valid photo identification card. *No se procesaran búsquedas sin identificación válida con fotografía.*

State law requires that any time we search for a certificate and it is not found, we must charge a "SEARCH FEE" equal to the certificate fee. Search fees are not refundable or transferable. *La ley estatal requiere que cuando se busca una acta y no se encuentra, se cobra un "CARGO DE BUSQUEDA" (\$21.00), igual al costo del certificado. El cargo no es regresado ni transferible.*

The fee for a certified copy of a death certificate is **\$21.00** each and **\$4.00** for extra copies. **The Fee is charged regardless of whether a record is found or not. (Texas Health & Safety Code 191.00h).** La cuota por la Copia de Certificado de Defunción es de **\$21.00** por cada una. La cuota se cobrará ya sea que se encuentre o no el Record solicitado. Reglamento de Texas Health & Safety Code 191.00h.

Only an Immediate Family Member may apply. Definition: The registrant, his or her guardian, or the children, spouses, parents, siblings, or grandparents of the registrant. Solamente un miembro de la familia inmediata puede solicitar. Definición: , Madre, Padre, Hermano(a), Hijo(a), Esposo(a), Abuelos(as), Padrastro, Hermanastro(a), Custodia Legal o Representante Legal.

DEATH INFORMATION

1. **NAME** _____ 2. **SEX** _____
(Nombre) Given Name(s)- (primer nombre) Last name (Apellido) (Sexo)

3. **DATE OF DEATH** _____
(Fecha de defuncion) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

4. **PLACE OF DEATH** _____
(Lugar de defuncion) City or Town (Ciudad o Pueblo) County (Condado)

Applicant's Name / Solicitante

7. Name _____ Phone _____
(Nombre) (Teléfono)

8. Mailing Address (Domicilio) _____

9. MY PURPOSE IN OBTAINING THE COPY _____
(Propósito de Solicitud)

10. NUMBER OF CERTIFIED COPIES (Cantidad de copias) _____ FEE \$ (Costo) _____

FOR OFFICE USE ONLY

Applicant agrees to conditions (Solicitante acepta condiciones)

DATE: _____ Batch Ctrl No. _____

SIGNATURE:
(Firma)

VOLUME: _____ PAGE: _____

STREET:
(Domicilio)

PROCESSED BY: _____ RECEIPT # _____

CITY/STATE: