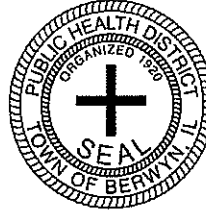


BERWYN PUBLIC HEALTH DISTRICT

6600 W. 26th Street • Berwyn, IL 60402

(708) 788-6600 / Fax (708) 788-0432

Email: vitals@berwyntownship.org



NO CHECKS, CREDIT OR DEBIT CARDS

NO CHEQUES, NI TARJETAS DE CREDITO O DEBITO

No Bills Larger Than \$20 – **Money Order for Mail**

No billetes más de \$20 – **Giro Postal para Correo**

Name of decedent / Nombre del difunto

Date of Death / Fecha de defunción

**Place of Pronouncement (check one) /
Lugar de Declaración (verifique uno)**

- Hospital Nursing Home/Clínica De Reposo Residence/Residencia

Applicant's Name/ Nombre del aspirante

Current Address / Dirección

City, State and Zip Code / Ciudad, Estado y Código Postal

Phone Number / Número Telefónico

Signature / Firma

Relationship to decedent/ Relación al difunto

Proper Identification / Identificación Apropiaada *(copy if mailing) (copie si se envía)*

Number of certificates / Cantidad de actas _____

\$17 for first and \$6 for each additional / \$17 para la primera y \$6 por cada adicional

Date _____ **Clerk Initials** _____