

د 18 VSA § 5075(b) سره سم ځنډېدلی
د زېږون سند غوښتنلیک

د غوښتونکي معلومات

نوم: لومړی _____ منځنی _____ وروستی _____ وروستاری _____

د زېږېدنې نېټه: ____/____/____ د تلیفون شمېره: (____) _____ - _____

برېښنالیک: _____

د غوښتونکي استازیتوب کوونکی وکیل:

نوم: _____ ادرس: _____

ښار: _____ ایالت: _____ د تلیفون شمېره: (____) _____ - _____

د غوښتنې بیانيه

زما له پوهې سره سم، د دغه کس چې ځنډېدلی د زېږون سند غوښتنه ورته کېږي د زېږون څخه وروسته لومړی کال په اوږدو کې د زېږون سند نه دی ثبت شوی.

زه د _____ مور/پلار یم، هغه ماشوم چې زه یې ځنډېدلی د زېږون سند غوښتنه کوم.

زما ماشوم _____، ورومونت کې زېږېدلی و.

زه د خپل ځان لپاره ځنډېدلی د زېږون سند غوښتنه کوم. زه _____، ورومونت کې زېږېدلی وم.

ضمیمه شوي اسناد

د حقایقو اثبات لپاره ځنډېدلی د زېږون سند ملاتړ کوونکي اسنادو باندې د ښکاره کېدو لپاره د

معلوماتو اعلامیه:

- _____ ○
- _____ ○
- _____ ○

د غوښتونکي لاسلیک

لاسلیک: _____ د لاسلیک کېدو نېټه: ____/____/____

چاپ نوم: _____

زما په وړاندې لاسلیک او لوړه وکړه په: نېټه ____/____/____

د پای نېټه

د عامه محرر لاسلیک

دغه بشپړ شوی غوښتنلیک او پورته پېژندل شوي اسناد لاندې ادرس ته واستوی:

Vermont Department of Health - Vital Records Office

108 Cherry Street, PO Box 70

Burlington, VT 05402