OFFICE OF VITAL RECORDS
125 WORTH STREET, CN 4, ROOM 119 NY, NY 10013

APPLICATION FOR A COPY OF AN ACKNOWLEDGMENT OF PARENTAGE
APLICACIÓN PARA UNA COPIA DE UN RECONOCIMIENTO DE FILIACIÒN

(Please print all items clearly/Por favor escriba todo claramente.)

NAME OF CHILD/NOMBRE DEL NIÑO/A LAST/APELLIDO FIRST/PRIMER NOMBRE	MALE/NIÑO FEMALE/NIÑA GENDER X/GENERO X DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO MM DD YYYY
PLACE OF BIRTH/SITIO DE NACIMIENTO	CERTIFICATE NUMBER/NÚMERO DEL CERTIFICADO 1 5 6 – –
MOTHER/PARENT NAME BEFORE MARRIAGE/NOMBRE DE LA MADRE/ Otra persona con nexo parental presunto o potencial	FATHER/PARENT NAME/NOMBRE DEL PADRE/ Otra persona con nexo parental presunto o potencial
PURPOSE FOR OBTAINING THIS RECORD/PARA QUE NECESITA EL CERTIFICADO	DATE REQUESTED/FECHA DE PEDIDO

REQUESTOR PRINT/SIGN YOUR NAME AND FULL MAILING ADDRESS BELOW
FAVOR DE ESCRIBIR/FIRMAR SU NOMBRE Y SU DIRECCIÓN

PRINT NAME/ESCRIBA SU NOMBRE	SIGNATURE/FIRME SU NOMBRE	
ADDRESS/DIRECCIÓN		APARTMENT NO./APARTAMENTO
CITY/CIUDAD	STATE/ ESTADO	ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL
DAYTIME TELEPHONE NO./TELÉFONO DE DÍA	HOME TELEPHONE NO./TELÉFONO DE SU HOGAR	

AREA BELOW FOR DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE USE
ONLY SOLO PARA USO DEL NYC DEPARTAMENTO DE SALUD

DATE RECEIVED:	DATE RETURNED:
LDSS-5171 LOCATED (Copy attached)	LDSS-5171 NOT LOCATED
COMMENT	
PREPARED BY:	

Instructions:

- Only the person(s) listed on the existing AOP are entitled to order the record.
- Please include a copy of your current photo Identification with this application.
- There is no fee to order an existing AOP.
- Mail the completed application to:

  New York City DOHMH
  Office of Vital Records Services
  125 Worth Street, CN 4, Room 119
  NY, NY 10013