



TOWN OF ISLIP – ATTN: REGISTRAR'S OFFICE
 OFFICE OF THE TOWN CLERK
 655 Main St., Islip NY 11751
townclerk@islipny.gov
 631-224-5498

OLGA H. MURRAY
 TOWN CLERK & REGISTRAR OF VITAL STATISTICS

Application to Local Registrar for Copy of Death Record

**Required ID must be included with application. Money order or check payable to the Town of Islip
 FEE: \$10.00 PER COPY**

PLEASE PRINT OR TYPE

Name of Deceased			Date of Death or Period to be Covered by Search		
First	Middle	Last			
Name of Father of Deceased			Date of Birth of Deceased		
First	Middle	Last	Month	Day	Year
Maiden Name of Mother of Deceased			Age at Death		
First	Middle	Last			
Place of Death					
Name of Hospital or Street Address		Village	Town or City County		
What was your relationship to the deceased? _____					
If attorney, name and relationship of your client to deceased _____					
Signature of Applicant _____			Date _____		
Address of Applicant _____					
Telephone Number _____					
Number of copies requested _____with confidential cause of death			Number of copies requested _____without confidential cause of death		

IF REQUESTED BY MAIL PLEASE PRINT ADDRESS WHERE RECORD SHOULD BE SENT

Address _____		
City _____	State _____	Zip Code _____

Funeral Home: _____



TOWN OF ISLIP – ATTN: REGISTRAR'S OFFICE
 OFFICE OF THE TOWN CLERK
 655 Main St., Islip NY 11751
townclerk@islipny.gov
 631-224-5498

OLGA H. MURRAY
 TOWN CLERK & REGISTRAR OF VITAL STATISTICS

Solicitud del Registrador Local para Copia de Registro de Fallecimiento

Una identificacion requerida debe ser incluida con la aplicacion. Efectivo, cheque o giro postal son aceptables como forma de pago no aceptamos tarjetas ni tampoco cheques fuera de el estado. Los cheques o giro postales deben ser a nombre de Town of Islip.

Costo: \$10.00 Por Copia

PLEASE PRINT OR TYPE

Nombre de el/la fallecido(a)			Fecha de fallecimiento		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido			
Nombre de el padre de el/la fallecido(a)			Fecha de nacimiento de el/la fallecido(a)		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Mes	Dia	Ano
Nombre de soltera de la madre de el/la fallecido(a)			Edad de el/la fallecido(a)		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido			
Lugar de fallecimiento					
Nombre de el hospital o localidad			Pueblo o Condado		
Cual es su relacion a el/la fallecido(a)? _____					
Si es un abogado cual es su relacion a el/la fallecido(a) _____					
Firma de el aplicante _____			Fecha _____		
Dirreccion de el aplicante _____					
Numero de telefono _____					
Numero de copias requeridas con causa de muerte _____			Numero de copias requeridas sin cause de muerte _____		

Si requiriendolo por correo porfavor indicar donde debe ser enviado

Dirreccion _____					
Pueblo _____		Estado _____		Codigo Postal _____	

Funeral Home: _____