AHCCCS is Arizona's Medical Assistance Program (Medicaid)

AHCCCS

KidsCare

Because kids will be kids

Department of Economic Security
Family Assistance Administration

Request for Vital Records Information

Applicant/ Member:	Case ID:
	Date:
	Eligibility Specialist: Phone: Fax:

AHCCCS may be able to help you verify your citizenship through the Arizona's Vital Records office or through the Vital Records office in another state. Please provide us with the following information to help us do so.

Person's County and State of Birth	
Person's Legal First Name at birth *	
Person's Legal Middle Name at birth *	
Person's Legal Last Name at birth *	
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	
Male or Female	
Arizona County in which born	
Medical Facility in which born	
Mother's Legal First Name	
Mother's Legal Middle Name	
Mother's Legal Last name at time of the mother's birth (maiden name)*	
Mother's Date of Birth	
State or Country in Which Mother was Born	

* Enter the person's legal name at time of birth, unless the person was adopted or had a legal name change. If adopted, enter legal name after adoption. If legal name change, enter name after change.

Please complete this form and return it to your local office. If you have questions please call the office at the number listed above.

Para Espanol Vea La Parte De Atras

AHCCCS is Arizona's Medical Assistance Program (Medicaid)

AHCCCS

KidsCare

Because kids will be kids

Department of Economic Security
Family Assistance Administration

Solicitud de Información del Registro

Applicant/ Member:	Case ID:
	Date:
	Eligibility Specialist: Phone: Fax:

AHCCCS le puede ayudar a verificar su ciudadanía por medio de la oficina del Registro del Estado (Arizona's Vital Records office) o por medio de la oficina del Registro en otro estado. Por favor envíenos la siguiente información para poder hacer eso.

Condado y Estado de Nacimiento de la Persona	
Nombre Legal de la Persona al nacer *	
Segundo Nombre de la Persona al nacer *	
Apellido Legal de la Persona al nacer *	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Hombre o Mujer	
Instalación Médica donde nació	
Nombre Legal de la Madre	
Segundo Nombre Legal de la Madre	
Apellido Legal de la Madre al nacer (apellido de soltera)*	
Fecha de Nacimiento de la Madre	
Estado o Condado donde Nació la Madre	

* Ponga el nombre legal de la persona al nacer, a menos que la persona fuera adoptada o tuviera un cambio legal del nombre. Si la persona fue adoptada, ponga el nombre legal después de la adopción. Si hubo cambio legal de nombre, ponga el nombre después del cambio.

Por favor llene este formulario y devuélvalo a su oficina local. Si usted tiene preguntas por favor llame a la oficina al número enlistado arriba.

Para Inglés Vea La Parte De Atrás