Medical Examiner's Office
400 North Broad Street
Philadelphia, PA 19130

Điện thoại: (215) 685-7456
Fax: (215) 685-9465
Email: medicalexaminer@phila.gov

Giờ mở cửa:
Thứ Hai – Thứ Sáu. 8:30 sáng đến 4:30 chiều.

Biểu mẫu Yêu cầu Hồ sơ

Tên của Người quá cố: _____

Ngày Chết/
Số Trường hợp:*(nếu biết)* _____

Tên của Người yêu cầu: _____

Mối quan hệ với
Người quá cố: _____

Địa chỉ của Người yêu cầu: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Zip: _____ Email: _____

Số điện thoại (nhà/di động): _____

(số điện thoại nơi làm việc): _____

Chữ ký:_____ Ngày: _____

THÔNG TIN YÊU CẦU **(Chọn tất cả các mục áp dụng)**			
	Tài liệu Trường hợp Hoàn chỉnh (Bao gồm Báo cáo Khám nghiệm tử thi & Độc dược học)		$50,00
	Báo cáo Khám nghiệm tử thi & Độc dược học		$35,00
	Tiêu bản Mô		$8,00 mỗi bản
PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN (chọn một) ***(Chi phiếu hoặc Phiếu chuyển tiền viết chi trả cho "Thành phố Philadelphia")***			
	Chi phiếu	Số Chi phiếu:	Số tiền chi trả: $
	Phiếu chyển tiền	Số Phiếu chuyển tiền:	Số tiền chi trả: $
	Lập hóa đơn cho Tôi		

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ HỌ HÀNG RUỘT THỊT CỦA NGƯỜI QUÁ CỐ VUI LÒNG ĐIỀN PHẦN "ỦY QUYỀN" BÊN DƯỚI
HOẶC
Nếu quý vị là một luật sư hoặc một tổ chức, quý vị cần phải nộp một lá thư chính thức có được sự ủy quyền của họ hàng ruột thịt của người quá cố qua bưu điện, hoặc trao trực tiếp trát đòi hầu tòa đã có dấu phê chuẩn của Sở Tư Pháp Philadelphia tọa lạc tại 151 Arch Street, Philadelphia, PA 19102.

ỦY QUYỀN ĐỂ CUNG CẤP THÔNG TIN

Tôi, _____ ủy quyền cho _____
nhận bất kỳ/toàn bộ thông tin liên quan đến hoặc hoặc có trong hồ sơ này.

Chữ ký: _____ Ngày đã ký: _____