

FALLS CHURCH HEALTHCARE CENTER
900 South Washington Street, Suite 300; Falls Church VA 22046
www.fallschurchhealthcare.com

CERTIFICACION DE ESTADO EMANCIPADO DEL MENOR DE EDAD:

Yo _____ CERTIFICO que soy un
 Imprime Nombre Completo

MENOR DE EDAD EMANCIPADO como es definido por Commonwealth of Virginia Code Article 15

(16.1-331 et seq.) por que soy (ponga sus iniciales solo en los que apliqué):

_____ tuve un matrimonio valido, aunque el matrimonio pueda haber terminado por desolucion.

_____ en funcion activa con alguna de las fuerzas armadas de Estados Unidos

_____ viviendo separado y apartado de mis padres, guardian, con el consentimiento o conocimiento de mis
padres o guardian

_____ tengo una orden de emancipacion segun el Article 15 of the Virginia Code

Mi fecha de nacimiento:

firmado por _____ fecha _____

personal de testigo: _____

STAFF NOTES: