



## Our Lady of the Assumption Church

796 West 48th Street ● San Bernardino, CA 92407

Phone (909) 882-2931 ● Fax (909) 883-4851

### AUTHORIZATION TO RELEASE SACRAMENTAL INFORMATION

I, \_\_\_\_\_ hereby authorize the parish  
**Our Lady of the Assumption** in the city of **San Bernardino, CA**

to release a copy of the sacramental record \_\_\_\_\_ for  
(Write the type of record)

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(Name listed in the record) (Name of Person/Church receiving the record)

\_\_\_\_\_  
Father's Full Name

\_\_\_\_\_  
Mother's Maiden Name

Date/year of Sacrament being requested: \_\_\_\_\_

*Note: I agree to hold harmless the named parish, the Catholic Diocese of San Bernardino and all persons connected with parish and Diocese from any liability for releasing this information upon my request.*

\_\_\_\_\_  
(Signature of Authorization)

\_\_\_\_\_  
(Printed Name of the Signature)

\_\_\_\_\_  
(Mailing Address)

\_\_\_\_\_  
(State)

\_\_\_\_\_  
(Zip Code)

\_\_\_\_\_  
(Telephone Number)

\_\_\_\_\_  
(Email Address)

Return this completed form with a copy of your driver's license or equivalent personal  
Identification to: (Parish Name and Address)

*Note: The person who is authorizing the release of information must be: 1. The person named in the sacramental record; 2. The parent of a child in the record; 3. The spouse of the deceased person in the record.*

**Assistance:** If you need assistance completing this form, please call our parish at (909) 882-2931

Or email the parish secretary at [mcachu@olasb.org](mailto:mcachu@olasb.org).



## Our Lady of the Assumption Church

796 West 48th Street ● San Bernardino, CA 92407

Phone (909) 882-2931 ● Fax (909) 883-4851

### AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN SACRAMENTAL

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a la parroquia

**Nuestra Señora de la Asunción** en la ciudad de **San Bernardino, CA**

A entregar una copia del registro sacramental de \_\_\_\_\_ para  
(Escriba el tipo del sacramento)

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Nombre que aparece en el sacramento) (Nombre de la persona/Iglesia que recibe el certificado)

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Padre

\_\_\_\_\_  
Nombre de Soltera de la Madre

Fecha/año del Sacramento que aquí se pide: \_\_\_\_\_

*Nota: Estoy de acuerdo en eximir de toda responsabilidad a la parroquia, la Diócesis Católica de San Bernardino y a todas las personas relacionadas con la parroquia y la diócesis de cualquier obligación que resultara por la entrega de esta información a petición mía.*

\_\_\_\_\_  
(Firma de Autorización)

\_\_\_\_\_  
(Nombre impreso de quien firma)

\_\_\_\_\_  
(Dirección postal)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de correo electrónico)

Devuelva esta hoja completa con una copia de su licencia de conducir o identificación personal equivalente a: (Nombre de la Parroquia y Dirección)

*Nota: La persona que está autorizando la entrega de información debe ser: 1. La persona nombrada en el registro sacramental; 2. El padre de un niño en el registro; 3. El cónyuge de la persona fallecida en el registro.*

**Ayuda:** Si necesita ayuda para completar esta hoja, por favor llame a nuestra parroquia al **(909) 882-2931** o envíenos un email a la secretaria de la parroquia a **mcachu@olasb.org**