

**CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)**

**Acte de deces (D'Outre-Mer)**

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) / Nom du decédé (Nom et prenom) <b>Soviak, Maxton, William</b>		GRADE / Grade <b>E-3</b>	BRANCH OF SERVICE / Arme <b>Navy</b>	SOCIAL SECURITY NUMBER / Numéro de l'Assurance Sociale <b>(b)(6)</b>
ORGANIZATION / Organisation <b>SPMAGTF, GCE, 2d Battalion, 1st Marines</b>		NATION (e.g, United States) / Pays <b>United States</b>	DATE OF BIRTH / Date de naissance <b>(b)(6)</b>	SEX / Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Feminin
RACE / Race		MARITAL STATUS / État Civil		RELIGION / Culte
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native / Indien Américain ou Natif de l'Alaska	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino / Hispanique ou latino	<input checked="" type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorce	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> Asian / Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander / Native Hawaïien ou autre Islander du Pacifique	<input type="checkbox"/> MARRIED Marie	<input type="checkbox"/> SEPARATED Separe	<input checked="" type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique
<input type="checkbox"/> Black or African American / Noirs ou Afro-Américains	<input checked="" type="checkbox"/> White / Blanc	<input type="checkbox"/> W DOWED Veuf		<input type="checkbox"/> JEWISH Juif

RELATIONSHIP TO DECEASED / Parente du decede avec le susdit <b>(b)(6)</b>
--

STREET ADDRESS / Domicile a (Rue) <b>(b)(6)</b>	CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) / Ville (Code postal compris) <b>(b)(6)</b>
--	--

**MEDICAL STATEMENT / Declaration medicale**

CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) / Cause du deces (N indiquer qu'une cause par ligne)		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH / Intervalle entre l'attaque et le deces
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup> / Maladie ou condition directement responsable de la mort. <sup>1</sup> <b>Blast and Ballistic Injuries</b>		
ANTECEDENT CAUSES / Symptomes precursers de la mort	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE / Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire	
	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE / Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscite la cause primaire	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup> / Autres conditions significatives <sup>2</sup>		

MODE OF DEATH / Condition de deces	AUTOPSY PERFORMED / Autopsie effectuee <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES / Circonstances de la mort suscitees par des causes exterieures
<input type="checkbox"/> NATURAL / Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY / Conclusions principales de l'autopsie <b>(b)(6)</b>	
<input type="checkbox"/> ACCIDENT / Mort accidentelle		
<input type="checkbox"/> SUICIDE / Suicide		
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE / Homicide	DATE / Date <b>29 August 2021</b>	AVIATION ACCIDENT / Accident a Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non

DATE OF DEATH / Date de deces <b>26 August 2021 1608</b>	<b>Kabul Afghanistan</b>
---	--------------------------

J'ai examine les restes mortels du defunt je conclus que le deces est survenu a l'heure indiquee et a, la suite des causes enumeeres ci-dessus.

<b>(b)(6)</b>	TITRE OU DIPLOME / Titre ou diplome <b>Armed Forces Medical Examiner</b>
---------------	---

GRADE / Grade <b>COL</b>	INSTALLATION OR ADDRESS / Installation ou adresse <b>Dover AFB, Dover DE</b>
-----------------------------	---

DATE / Date <b>8/31/2021</b>	<b>(b)(6)</b>
---------------------------------	---------------

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, ect.  
<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.  
<sup>1</sup> Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc  
<sup>2</sup> Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

(REMOVE, REVERSE AND RE-INSERT CARBONS BEFORE COMPLETING THIS SIDE)

DISPOSITION OF REMAINS			
NAME OF MORTICIAN PREPARING REMAINS (b)(6)	GRADE GS-12	LICENSE NUMBER AND STATE (b)(6)	OTHER
INSTALLATION OR ADDRESS AFMAO/PMD, 116 Purple Heart Drive, Dover AFB DE 19902	DATE 8/31/2021	SIGNATURE (b)(6)	
NAME OF CEMETERY OR CREMATORY	LOCATION OF CEMETERY OR CREMATORY		
TYPE OF DISPOSITION		DATE OF DISPOSITION	
REGISTRATION OF VITAL STATISTICS			
REGISTRY (Town and Country)	DATE REGISTERED	FILE NUMBER	
		STATE	OTHER
NAME OF FUNERAL DIRECTOR	ADDRESS		
SIGNATURE OF AUTHORIZED INDIVIDUAL			

DD FORM 2064 Reverse, APR 2019