



****Beneficiario****

Nombre completo: _____
Otros nombres que ha usado antes: _____
Email: _____
Telefono: _____

Dirección actual:
Número y nombre de la calle:
Apto. Número:
Ciudad:
Estado:
Código postal:

Fecha de nacimiento (mes/día/ año):
Ciudad o pueblo de nacimiento:
País de nacimiento:
País de ciudadanía / nacionalidad:

Número de extranjero conocido como A# (si lo tiene):

Número de teléfono durante el día:

Número de seguro social de los EE. UU. (Si corresponde):
Ocupación actual:

Número de pasaporte:
Fecha de expiración del pasaporte:
País que emitió su pasaporte:
Lugar de la última entrada a los EE. UU.:
Fecha de la última entrada a los EE. UU.:

(Permiso para entrar a USA), Número I-94:
Entrego su permiso
Su estado actual en el Formulario I-94:
Caduca el : (mes/día/ año):
Estado migratorio actual (si ha cambiado desde la llegada):
Indique su nombre exactamente como aparece en su Formulario I-94:

¿Alguna vez ha solicitado la residencia permanente en los EE. UU.?
En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar de presentación de la solicitud y la disposición final



Domicilios donde ha vivido durante los últimos 5 años

Haga una lista de todos sus domicilios donde ha vivido durante los últimos cinco años, comience con su domicilio actual hasta el mas viejo que ha tenido.

Nota: Las fechas en que vivió en los domicilios deben de ser continuas, es decir, no debe sobrar un periodo de tiempo en el que no mencione donde vivió.

Nota: Es importante ser lo más preciso en este apartado

Si tiene dudas para llenar esta tabla favor de llamar al (US) 469-610-6805 o al (MEX) 8181891717

| DIRECCION | CIUDAD Y PUEBLO | ESTADO | PAIS | DEL MES/DIA/ANO | AL MES/DIA/ANO |
|-----------|-----------------|--------|------|-----------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Enumere su última dirección fuera de los EE. UU. por más de un (1) año:

| DIRECCION | CIUDAD Y PUEBLO | ESTADO | PAIS | DEL MES/DIA/ANO | AL MES/DIA/ANO |
|-----------|-----------------|--------|------|-----------------|----------------|
| | | | | | |

Historial Laboral

Enumere todos sus trabajos durante los últimos cinco años. (En caso de haber estado desempleado, indique el tiempo de desempleo del **MES/DIA/ AÑO AL MES/DIA/ AÑO**).

Nota: Es importante ser lo más preciso en este apartado

Indique primero su actual empleo:

| NOMBRE DE SU LUGAR DE TRABAJO | DIRECCION DE SU LUGAR DE TRABAJO | PUESTO | DEL MES/DIA/ANO | AL MES/DIA/ANO |
|-------------------------------|----------------------------------|--------|-----------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Por favor, indique su ultimo empleo en el extranjero, si no lo ha mencionado anteriormente:

| NOMBRE DE SU LUGAR DE TRABAJO | DIRECCION DE SU LUGAR DE TRABAJO | PUESTO | PAIS | DEL MES/DIA/ANO | AL MES/DIA/ANO |
|-------------------------------|----------------------------------|--------|------|-----------------|----------------|
| | | | | | |

Información sobre tus padres:

Apellido de su madre:

Primer Nombre:

Segundo nombre:

Otros nombres al nacer (si corresponde):

Fecha de nacimiento (mes/día/ año):

Lugar de nacimiento (ciudad, pueblo, país):

Lugar actual de residencia: (ciudad y país):

Apellido de su padre:

Primer Nombre:

Segundo nombre:

Otros nombres al nacer (si corresponde):

Fecha de nacimiento (mes/día/ año):

Lugar de nacimiento (ciudad, pueblo, país):

Lugar actual de residencia: (ciudad y país):

Tu estado civil:

Información sobre matrimonios anteriores:

Ex esposos o esposas (si NINGUNO, indíquelo):

| Apellido (para esposa dar el nombre de soltera) | Primer Nombre y Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento (mes/día/ año) | Fecha y lugar de matrimonio | Fecha y lugar de terminacion del matrimonio |
|---|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Enumere a sus hijos, incluyendo hijos e hijas adultos, hijastros, hijos adoptivos y la siguiente información para cada individuo (si es NINGUNO, indíquelo):

| Apellido | Primer Nombre | Segund nombre Inicial | Fecha de Nacimiento (mes/día/ año) | Pais de nacimiento | Relacion con used | A# (si corresponde) |
|----------|---------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Información Biográfica:

Hispano o latino _____

No Hispano o Latino _____

Raza: Blanco, Asiático, Negro o Africano Americano, Indio Americano o Nativo de Alaska, Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Altura _____ Peso _____ Color de ojos _____ Color de cabello _____

Enumere su membresía presente y pasada o su afiliación con cada organización, asociación, fondo, fundación, partido, club, sociedad o grupo similar en los EE. UU. o en otros lugares desde que usted cumplió 16 años. Si NINGUNO, indíquelo. La información incluye cualquier servicio militar en esta parte. Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.

| Nombre de la organización | Dirección(ciudad/pueblo/Estado/País) | Naturaleza de la organización | Fecha de membresía Del: A: |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | | |
| | | | |

