



U.S. DEPARTMENT OF STATE
REFERENCIAS E HISTORIAL DE TRABAJO DE
SOLICITANTE DE VISA DE NO-INMIGRANTE

Aprobado OMB 1405-0144

Vence 04/30/2006

Tiempo estimado: 1 hora

**POR FAVOR ESCRIBA SUS RESPUESTAS A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE EN LOS ESPACIOS EN BLANCO
 PUEDE AGREGAR UNA HOJA ADICIONAL EN CASO DE NECESITAR MAS ESPACIO PARA CONTINUAR CON SUS RESPUESTAS**

1. Apellidos Nombre(s)

2. Fecha de Nacimiento (dia-mes-año)	3. Lugar de Nacimiento Pais	Ciudad o Población	Estado/Provincia
--------------------------------------	--------------------------------	--------------------	------------------

4. Domicilio permanente y teléfono *(Incluya número de apartamento, calle, ciudad, estado o provincia, zona postal y país)*

5. Nombre completo y dirección de cónyuge *(Si es el caso) (No se acepta apartado postal)*

<u>Nombre [Apellidos, Nombre(s)]</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>
--------------------------------------	------------------	-----------------

6. Nombres completos y direcciones de hijos, padres y hermanos *(No se acepta apartado postal)*

<u>Nombre [Apellidos, Nombre(s)]</u>	<u>Dirección</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Teléfono</u>
--------------------------------------	------------------	-------------------	-----------------

7. Mencione por lo menos dos conocidos en su país de residencia que puedan verificar la información del solicitante *(No se aceptan parientes en ningún grado)*

<u>Nombre [Apellidos, Nombre(s)]</u>	<u>Dirección</u> <i>(No se acepta apartado postal)</i>	<u>Teléfono</u>
--------------------------------------	--	-----------------

Declaración de Ley de Reducción de Papeleo

* Se estima que el tiempo necesario para llenar este formulario es de una hora por formulario en promedio, cálculo que incluye el tiempo requerido para la búsqueda de fuentes de datos existentes, la presentación de los datos exigidos, y la revisión final de la información del formulario. En base a la norma 5 CFR 1320 5(b), Ud. no está obligado a proveer la información a menos que figure en este formulario un número actualizado de la OMB. Envíe comentarios sobre la exactitud de este cálculo de tiempo, así como recomendaciones para reducir el tiempo necesario a: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, DC 20520

EXPERIENCIA LABORAL – EMPLEO ACTUAL	
Cargo:	De: (fecha: dd-mm-aaaa) A: (fecha: dd-mm-aaaa)
Nombre y dirección de su empleador:	Teléfono:
Describa sus funciones:	
EXPERIENCIA LABORAL – EMPLEO ANTERIOR	
Cargo:	De: (fecha: dd-mm-aaaa) A: (fecha: dd-mm-aaaa)
Nombre y dirección de su empleador:	Teléfono:
Describa sus funciones:	
EXPERIENCIA LABORAL – EMPLEO ANTERIOR	
Cargo:	De: (fecha: dd-mm-aaaa) A: (fecha: dd-mm-aaaa)
Nombre y dirección de su empleador:	Teléfono:
Describa sus funciones:	
EXPERIENCIA LABORAL – EMPLEO ANTERIOR	
Cargo:	De: (fecha: dd-mm-aaaa) A: (fecha: dd-mm-aaaa)
Nombre y dirección de su empleador:	Teléfono:
Describa sus funciones:	
EXPERIENCIA LABORAL – EMPLEO ANTERIOR	
Cargo:	De: (fecha: dd-mm-aaaa) A: (fecha: dd-mm-aaaa)
Nombre y dirección de su empleador:	Teléfono:
Describa sus funciones:	
<p>Certifico que he leído y entendido todas las preguntas que figuran en esta solicitud y que las respuestas que he dado en este formulario son correctas a mi mejor saber y entender. Tengo entendido que cualquier declaración falsa o engañosa puede dar como resultado la negación permanente de una visa o de mi entrada a los Estados Unidos.</p>	
FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA (dd-mm-aaaa) _____	