



U.S. Department of State
**INFORMACION DE REFERENCIAS Y EXPERIENCIA LABORAL
 PARA SOLICITANTES DE VISA DE NO INMIGRANTE**

APROBADO OMB 1405

VENCE: 01/31/03

TIEMPO ESTIMADO: 1

| | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------|--------|------------------------|------------------|
| POR FAVOR ESCRIBA SUS RESPUESTAS EN COMPUTADORA O A MÁQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA EN LOS ESPACIOS PROVISTOS DEBAJO DE CADA PUNTO. POR FAVOR ADJUNTE UNA HOJA ADICIONAL SI NECESITA MAS ESPACIO PARA CONTINUAR SUS RESPUESTAS. | | | | | |
| 1. Apellido(s) | | Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| 2. Fecha de Nacimiento (<i>mm-dd-aa</i>) | 3. Lugar de Nacimiento País | | Ciudad | | Estado/Provincia |
| 4. Dirección y No. De Teléfono de su Domicilio (<i>Incluya numero de apartamento, calle, ciudad, estado o provincia, código postal y país</i>) | | | | | |
| 5. Nombre Completo y Dirección de su Cónyuge (<i>si aplica</i>) (<i>no se aceptan apartados postales</i>) | | | | | |
| <u>Nombre (Apellidos, Primer nombre, Segundo)</u> | | <u>Dirección</u> | | <u>No. De Teléfono</u> | |
| 6. Nombre Completo y Dirección de Hijos, Padres, y Hermanos (<i>no se aceptan apartados postales</i>) | | | | | |
| <u>Nombre (Apellidos, Primer nombre, Segundo)</u> | | <u>Dirección</u> | | <u>Relación</u> | |
| 7. Escriba al Menos Dos Referencias en su País de Residencia Quienes Puedan Verificar Información Sobre Usted (<i>no mencione familiares directos u otros parientes</i>) (<i>no se aceptan apartados postales</i>) | | | | | |
| <u>Nombre (Apellidos, Primer nombre, Segundo)</u> | | <u>Dirección</u> | | <u>No. De Teléfono</u> | |
| Comunicados Relativos a La Ley de Reducción del Papeleo *Se estima que el tiempo necesario para llenar este formulario, es de una hora para todos las repuestas, calculo 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. Usted no esta obligado a entregar la información a menos que figure en este formulario un numero de la OMB. Envíe comentarios sobre la exactitud de este calculo de tiempo, así como recomendaciones para reducir el tiempo necesario a : U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, DC 20520. | | | | | |

| EXPERIENCIA LABORAL – ACTUAL | | |
|--|-------------------------|--------------------------|
| Cargo Actual: | Fecha (mm-dd-aaaa)Desde | Fecha (mm-dd-aaaa) Hasta |
| Nombre y Dirección del Empleador: | | |
| No. de Teléfono: | | |
| Descripción de Sus Tareas: | | |
| EXPERIENCIA LABORAL – PREVIA | | |
| Cargo Ocupado: | Fecha (mm-dd-aaaa)Desde | Fecha (mm-dd-aaaa) Hasta |
| Nombre y Dirección del Empleador: | | |
| No. de Teléfono: | | |
| Descripción de Sus Tareas: | | |
| EXPERIENCIA LABORAL – PREVIA | | |
| Cargo Ocupado: | Fecha (mm-dd-aaaa)Desde | Fecha (mm-dd-aaaa) Hasta |
| Nombre y Dirección del Empleador: | | |
| No. de Teléfono: | | |
| Descripción de Sus Tareas: | | |
| EXPERIENCIA LABORAL – PREVIA | | |
| Cargo Ocupado: | Fecha (mm-dd-aaaa)Desde | Fecha (mm-dd-aaaa) Hasta |
| Nombre y Dirección del Empleador: | | |
| No. de Teléfono: | | |
| Descripción de Sus Tareas: | | |
| EXPERIENCIA LABORAL – PREVIA | | |
| Cargo Ocupado: | Fecha (mm-dd-aaaa)Desde | Fecha (mm-dd-aaaa) Hasta |
| Nombre y Dirección del Empleador: | | |
| No. de Teléfono: | | |
| Descripción de Sus Tareas: | | |
| <p>Certifico que he leído y entendido todas las preguntas que figuran en este formulario y que las respuestas que he dado en este formulario son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender. Tengo entendido que cualquier declaración falsa o engañosa puede dar como resultado la denegación permanente de una visa o de mi entrada en los Estados Unidos.</p> | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA (mm-dd-aa) _____ | | |