

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SERVICIOS DE INMIGRACIÓN

OFFICE USE ONLY: <input type="checkbox"/> WA <input type="checkbox"/> LG Case Type(s): _____	Today's Date: _____ Important Dates: _____ Assigned CM: _____ Supervising Atty: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? <input type="checkbox"/> Amigo / familia <input type="checkbox"/> Cliente previo <input type="checkbox"/> Voces de la Frontera <input type="checkbox"/> Internet _____ <input type="checkbox"/> Despacho de abogados <input type="checkbox"/> Otro _____
Autorizo que estén presentes en mi consulta las personas siguientes:

INFORMACION DE LA PERSONA INTERESADA EN INMIGRAR

Nombre Legal (Nombre/Segundo Nombre/Apellido):			
Nombre preferido (si es diferente):		Fecha de nacimiento:	
Prefijo: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Mx. <input type="checkbox"/> Dr.	Pronombres: <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos	Número de extranjero A #:	
Idioma preferido:		País de nacimiento:	
Dirección de casa:		Apt./Unidad:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono:		Cell <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/>	
Correo electrónico:			

Si la dirección anterior no es segura, proporcione una dirección postal segura a continuación.

Dirección de envío:		Apt./Unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

ESTADO CIVIL DEL INMIGRANTE

Estado civil actual: <input type="checkbox"/> Soltero/a (nunca ha estado casado) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Número de TODOS los matrimonios (en EE. UU. y otros lugares):	
Nombre legal del cónyuge/prometido(a) (nombre/segundo nombre/apellido):	
País de residencia:	Estatus legal migratorio:
Fecha de matrimonio:	Fecha de nacimiento:
Lugar de matrimonio:	

**INFORMACIÓN DE
LOS HIJOS DEL
INMIGRANTE**

Número total de TODOS los niños (en EE. UU. o en otros lugares, incluidos los hijastros):					
Nombre Legal (Nombre/Segundo Nombre/Apellido):	Fecha de nacimiento:	País de residencia:	Estatus migratorio (Residente/Ciudadano)	Relación:	
				Biológico	Hijastro/Adopción
				Biológico	Hijastro/Adopción
				Biológico	Hijastro/Adopción
				Biológico	Hijastro/Adopción
¿Alguno de sus hijos tiene problemas médicos importantes o discapacidad intelectual?					

**INFORMACIÓN
DE LOS PADRES
DEL INMIGRANTE**

Nombre legal del padre (primer nombre/segundo nombre/apellido):	
País de residencia:	Estatus migratorio:
Si es ciudadano estadounidense, ¿En qué fecha se naturalizó?:	
Nombre legal de la madre (primer nombre/segundo nombre/apellido):	
País de residencia:	Estatus migratorio:
Si es ciudadana estadounidense, ¿En qué fecha se naturalizó?:	

**INFORMACIÓN DEL
PETICIONARIO
(Complete si corresponde)**

Nombre Legal (Nombre/Segundo Nombre/Apellido):	
Estado civil actual: <input type="checkbox"/> Soltero/a (nunca ha estado casado) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Número de TODOS los matrimonios (en EE. UU. y otros lugares):	
Fecha de nacimiento:	País de nacimiento:
Dirección de envío:	
Apt./Unidad:	
Ciudad:	Estado:
Código postal:	
Teléfono:	Cell <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/>
Estatus legal:	Ciudadano/a estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal permanente <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico :	

**INFORMACIÓN DE
PERSONA DE CONTACTO
(Complete si corresponde)**

Nombre Legal (Nombre/Segundo Nombre/Apellido):	
Nombre preferido (si es diferente):	Fecha de nacimiento:
Prefijo: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Mx. <input type="checkbox"/> Dr.	Pronombres: <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos
Número de extranjero A #:	
Idioma preferido:	País de nacimiento:
Dirección de casa:	
Apt./Unidad:	
Ciudad:	Estado:
Código postal :	
Teléfono:	Cell <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico :	

Al firmar a continuación, certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario y que proporcionaré durante la consulta es verdadera, completa, correcta y de buena fe. Entiendo que cualquier tarifa pagada por la consulta inicial no incluye ningún trabajo adicional a la consulta inicial. Entiendo que no se puede realizar ni se realizará ningún trabajo en mi caso hasta que firme un contrato de servicios legales y realice un pago inicial acordado. Nota: Si el solicitante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar en nombre del solicitante.

Firma

Fecha