

**INTAKE FORM-CITIZENSHIP,  
FORMULARIO DE INICIO-CIUDADANIA**

**UNITEHERE!**

A#   
Número de Residente/Residence Number

Apellido/Last Name  Nombre/First Name   
 Dirección/Address   
 Ciudad/City  Estado/State  Código Postal/Zip   
 Teléfono/Telephone  Correo electrónico/Email

**Por favor llene esta forma y tráigala a la feria con los documentos requeridos  
Please complete this form and bring to the fair with the required documents**

**Donde ha vivido durante los últimos 5 años?/ Where have you lived during the last 5 years?  
Empiece con su domicilio actual /Start with present address)**

Número y nombre de calle, número de apt, ciudad, estado, código postal, país/ Street number & name, apt number, city, state, zipcode, country	Desde/From (mm/dd/yyyy)	Hasta/To (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Donde ha trabajado o asistido a la escuela durante los ultimos 5 años/  
Where have you worked or attended school during the last 5 years**

**Empiece con empleador o escuela actual/Start with present employer or school**

Empleador o escuela/ Employer or school	Ocupación/ Occupation	Dirección (calle, ciudad y estado) Address (Street, city and state)	Desde/From (mm/dd/yyyy)	Hasta/To (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Todos los viajes de 24 horas o más que ha tomado fuera del país durante los últimos 5 años  
All trips of 24 hours or more that you have taken outside the U.S. during the last 5 years.**

**Empiece con su viaje más reciente/Start with most recent**

Fecha de salida/ Date left U.S.	Fecha de regreso/ Return Date	El viaje duro 6 meses o más?/ Did the trip last 6 months or more?	Paises visitados/ Countries visited	Total número de días fuera Total days outside U.S.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Si ocupa más espacio use una hoja en blanco/  
If you need more space use a blank sheet

Total de viajes?  Total de días fuera?   
Total trips? Total days outside?

Cuántas veces ha estado usted casado(a) incluyendo anulados?   
How many times have you been married including annulled?

**Información sobre su cónyuge actual/Information about current spouse**

Primer nombre/First name	Segundo/Middle	Apellido/Last name	A#
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha de nacimiento/ Date of Birth	Nombre del empleador actual de su cónyuge Employer name of your spouse	Fecha de matrimonio Marriage Date	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Si usted ha tenido ex-conyuge(s) llene lo siguiente/If you have had ex-spouses complete the following**

Apellido ex-cónyuge/ Ex-spouse's last name	Primer nombre/ First name	Segundo nombre/ Middle name	Fecha de matrimonio/ Date of marriage	Fecha que matrimonio terminó/ Date marriage ended
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Como se terminó el matrimonio (divorcio, Cónyuge falleció/ How marriage ended (divorce, spouse died)				<input type="text"/>

**Si su cónyuge ha estado casado(a) anteriormente/If your spouse has ex-spouse(s)**

Apellido ex-conyuge/ Ex-spouse's last name	Primer nombre/ First name	Segundo nombre/ Middle name	Fecha de matrimonio/ Date of marriage	Fecha que matrimonio terminó/ Date marriage ended
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Como se terminó el matrimonio? (divorcio, Conyuge fallecio/ How marriage ended (divorce, spouse died)				<input type="text"/>

**Información de sus hijos/  
Information about your children**

Numero de hijos?/  
Total number of children?

Apellido/ Last name	Primer nombre/ First name	Segundo nombre/ Middle name	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Pais de nacimiento/ Country of birth	A#
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Domicilio/ Current Address <input type="text"/>					
Relacion hacia el niño/Relationship to child Hijo biologico/ Hijastro/ Hijo adoptado			<input type="text"/>		

Apellido/ Last name	Primer nombre/ First name	Segundo nombre/ Middle name	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Pais de nacimiento/ Country of birth	A#
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Domicilio/ Current Address <input type="text"/>					
Relacion hacia el niño/Relationship to child Hijo biologico/ Hijastro/ Hijo adoptado			<input type="text"/>		

\*Si ocupa más espacio use una hoja en blanco/ If you need more space use a blank sheet

**Preguntas para determinar elegibilidad para no pagar \$725 al servicio de inmigración  
Questions to Determine Fee Waiver Eligibility**

¿Usted o un miembro de su hogar recibe algún beneficio del gobierno?/Are you or a member of your household currently receiving a means-tested benefit?  Sí/Yes  No

¿Qué tipo de beneficio?/What type of benefit?   
Beneficios públicos, Estampillas de alimentos [SNAP o TANF], o Asistencia Médica [Medicaid o Medicare]  
Public Assistance, Food Stamps [SNAP or TANF], or Medicare [Medicaid or Medicare]

Ingreso mensual de miembros del hogar/Average monthly income from household members \$

Ingreso anual familiar/Yearly household income \$

¿Cuántas personas hay en su hogar?/What is the size of your household?