U.S. Department of State

SOLICITUD SUPLEMENTARIA DE VISA DE NO INMIGRANTE

Aprobado OMB 1405-0134
Vence 30/06/2002
Tiempo Estimado 1 Hora*

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

1. Apellido(s)

2. Nombre(s)

3. Nombre Completo *(En su Alfabeto Nativo)*

4. Nombre Del Clan o Tribu *(Si Aplica)*

5. Nombre Completo De Su Esposo(a) *(Si es Casado)*

6. Nombre Completo De Su Padre

7. Nombre Completo De Su Madre

8. Nombre y Dirección Completo Del Contacto u Organización En Los Estados Unidos *(Incluya Número de Teléfono)*

9. Nombre Los Paises a Los Que Ha Entrado En Los Últimos Diez Años *(Especifique el año de cada visita)*

10. Nombre Los Paises En Los Que Le Haya Sido Otorgado Un Pasaporte

11. Alguna Vez Ha Perdido o Le Ha Sido Robado Un Pasaporte ?
☐ SÍ ☐ NO

12. Nombre Sus Últimos Dos Empleadores, Sin Incluir a Su Empleador Actual

Nombre	Dirección	Teléfono	Cargo	Nombre del Supervisor	Fecha de empleo

13. Nombre Toda Organización Profesional, Social y Benéfica a La Que Pertenece *(perteneció)*, Contribuye *(contribuyó)* o Con La Cual Trabaja *(ha trabajado)*.

14. Tiene Alguna Habilidad Especial o Entrenamiento, Incluyendo Armas de Fuego, Explosivos, Experiencia Nuclear, Biológica o Química?
☐ SÍ ☐ NO *Si su respuesta es SI, por favor explique.*

15. Alguna Vez Ha Prestado Servicio Militar? ☐ SÍ ☐ NO *Si su respuesta es SI, escriba el País, Institución Castrense, Rango/Posición, Especialidad Militar y Fechas de Servicio.*

16. Alguna Vez Ha Estado en un Conflicto Armado, Ya Sea Como Participante o Víctima? ☐ SÍ ☐ NO *Si su respuesta es SI, por favor explique.*

17. Nombre Toda Institución De Enseñanza a la Que Usted Asiste o Ha Asistido. Incluya Instituciones Vocacionales, Pero No De Estudios Primarios

Nombre de la Institución	Dirección/Teléfono	Curso/Carrera	Fecha en que Asistió

18. Ha Hecho Arreglos Específicos de Viaje? ☐ SÍ ☐ NO *Si su respuesta es SI, favor proveer un itinerario completo de su viaje, incluyendo fechas de llegada/salida, información de vuelo, lugar específico que va a visitar y punto de contacto en cada lugar.*

COMUNICADO RELATIVO A LA LEY DE REDUCCION DEL PAPELEO

* Se estima que el tiempo necesario para llenar este formulario es de una hora por formulario, 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. Usted no está obligado a proveer la información a menos que figure en este formulario un número actualizado de le OMB. Envie comentarios sobre la exactitud de este cálculo de tiempo, asi como recomendaciones para reducir el tiempo necesario a: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, DC 20520.