

FORMULARIOS Y CARTAS ÚTILES EN CASO DE ARRESTO

En la siguiente sección encontrarás formularios y modelos de cartas que podrías tenerlas llenas en caso de arresto o detención migratoria

- **LISTADO DE MATERIALES Y DOCUMENTOS IMPORTANTES**
Revise su listado y asegúrese de tener todos sus documentos
- **NOMBRAMIENTO DE TUTOR DE CORTO PLAZO PARA LOS NIÑOS**
Appointment of Short-Term Guardian in Illinois (CFS 444-2)
- **CONSENTIMIENTO PARA LA REPRESENTACIÓN LEGAL Y DE ENTREGA DE INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MIGRACIÓN**
Agreement to authorize representation from an attorney before USCIS (FORM G-28)
- **AUTORIZACIÓN PARA QUE ICE ENTREGA DE INFORMACIÓN A TERCEROS**
Privacy waiver authorizing disclosure to a third party (ICE Form 60-001)
- **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PEDIR PASAPORTE PARA UN NIÑO**
Statement of consent: issuance of a U.S. Passport to a child (FORM DS-3053)

14



FORMULARIOS Y DOCUMENTOS IMPORTANTES

CARTA PODER

- DE TU CASA
- DE TU COCHE
- CUENTAS DEL BANCO
- COBRO DE SALARIOS

DESIGNACIÓN DE TUTOR

- PARA EL CUIDADO DE TUS HIJOS (FORMA 444-2/S)

RETAINER CON ABOGADO

- PARA REPRESENTARLO ANTE MIGRACIÓN (FORMA G-28)

OTROS FORMULARIOS

- PARA PERMITIR QUE ICE ENTREGUE INFORMACIÓN (ICE 60-001)
- AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR PASAPORTE (FORM DS-3053)

OTROS DOCUMENTOS A TENER LISTOS

- INFORMACIÓN MÉDICA
- TARJETAS DE CRÉDITO
- DIPLOMAS Y TÍTULOS
- CERTIFICADOS EDUCATIVOS
- COPIAS DE MATRÍCULA
- COPIAS DE PASAPORTES
- ID DE ILLINOIS
- LICENCIAS DE CONDUCIR
- DOCUMENTOS QUE PRUEBEN QUE RESIDES 2 O MÁS AÑOS
- CUALQUIER OTRO DOCUMENTO MIGRATORIO

15



NOMBRAMIENTO DE TUTOR DE CORTO PLAZO
755 ILCS 5/11-5.4

Es importante que lea las instrucciones siguientes:

Al llenar este formulario correctamente, un padre o el tutor de la persona de un menor está nombrando a un tutor del menor por el padre (o la tutela del menor del tutor, según pueda ser el caso) por un periodo máximo de 365 días. Se debe llenar un formulario por separado por cada menor. La persona nombrada como tutor debe firmar el formulario, pero no es necesario que se haga al mismo tiempo que el padre/madre o los padres.

Si usted es un padre o tutor, miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo cualquier componente de reserva del mismo, o el cuerpo encargado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública del Departamento de Salud de los Estados Unidos y Servicios Humanos detallados por autoridad apropiada para el deber con las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, o que se requiere para entrar o servir en el servicio militar activo de los Estados Unidos bajo una llamada u orden del Presidente de los Estados Unidos o para servir en Estado de servicio activo, puede nombrar un tutor a corto plazo para su hijo durante el período de su servicio activo más 30 días. Al ejecutar este formulario, incluya la fecha en que su servicio de servicio activo está programado para comenzar en la parte 3 y la fecha en que su servicio de servicio activo está programado para terminar en la parte 4.

Este formulario no puede ser utilizado para nombrar a un tutor si ya existe un tutor nombrado para el menor, excepto si el tutor de la persona del menor ha sido nombrado, dicho tutor puede utilizar este formulario para nombra a un tutor de corto plazo. Ambos padres de un menor pueden juntos nombrar a un tutor del menor, o el tutor de la persona del menor puede nombrar a un tutor del menor, por un periodo máximo de 365 días a través del uso de este formulario. Si el tutor de corto plazo es nombrado por ambos padres del menor, los padres no necesitan firmar el formulario al mismo tiempo.

1. Padre (o tutor) y menor. Yo, _____,
actualmente residiendo en _____,
soy el padre/madre (o el tutor de la persona) del siguiente menor (o de un menor posiblemente a nacer): _____.
2. Tutor. Por medio de la presente nombro a la siguiente persona como el tutor de corto plazo de mi hijo(a): (incluya nombre y dirección) _____
_____.

3. Fecha efectiva. El nombramiento es efectivo a partir de: (marque uno si desea que esto aplique)

- En la fecha que yo pongo por escrito que yo ya no quiera o pueda hacer y llevar a cabo decisiones de cuidados diarios pertinentes al menor.
- En la fecha que un médico familiar con mi condición certifique por escrito que yo ya no quiera o pueda hacer y llevar a cabo decisiones de cuidado diarios pertinentes al menor.
- En la fecha que yo sea internado(a) como paciente al hospital u a otra institución de cuidados de salud.
- En la siguiente fecha: _____
- En la fecha en que comienza mi servicio activo: _____
- Otro: _____

(Nota: Si esta sección no es completada, el nombramiento es efectivo inmediatamente en la fecha en que el formulario es firmado abajo.)

4. Vencimiento. Este nombramiento se vence 365 días después de la fecha efectiva, a menos que venza más pronto por el evento o fecha que yo he indicado abajo: (marque uno si desea que este sea aplicable).

- En la fecha que indique por escrito que yo quiero y puedo hacer y llevar a cabo decisiones para el cuidado diario del menor, pero no más de 365 días después de la fecha de vigencia.
- En la fecha en que un médico familiar con mi condición certifique por escrito que yo quiera y pueda hacer y llevar a cabo decisiones de cuidado diario pertinentes al menor, pero no más de 365 días después de la fecha de vigencia.
- En la fecha en que se me dé de alta del hospital u otra institución de cuidados de salud donde haya sido internado(a) como paciente, lo cual estableció la fecha efectiva, pero no más de 365 días después de la fecha de vigencia.
- En la fecha que sea _____ días después de la fecha efectiva. (no puede sobrepasar 365 días).
- En la fecha no más de 30 días después de que mi servicio activo está programado a terminar: (insertar fecha de cuando el servicio activo está programado a terminar).

- Otro: _____

(Nota: Si esta sección no es completada, el nombramiento será efectivo por un periodo de 365 días, comenzando en la fecha efectiva.)

5. Fecha y firma del padre o tutor que otorga el nombramiento.

Este nombramiento se efectúa el ____ día de _____, 20____.

Firmado _____

Padre/madre o tutor que otorga nombramiento

6. Testigos. Observé al padre/madre (o al tutor de la persona del menor) firmar este documento o vi al padre/madre (o al tutor de la persona del menor) pedir a alguien que firmara este documento por el padre/madre (o tutor). Luego firmé este documento como un(a) testigo en presencia del padre/madre (o tutor). Yo no soy nombrado en este documento para actuar como tutor de corto plazo por los padres del menor.

Testigo _____

(Firma)

(Nombre)

(Dirección)

Testigo _____

(Firma)

(Nombre)

(Dirección)

7. Aceptación del tutor de corto plazo.

Acepto este nombramiento como tutor de corto plazo en este ____ día de _____, 20____.

Firmado _____

(Tutor corto plazo)

8. Consentimiento del otro padre del menor. Yo, _____,
actualmente residiendo en _____,
por medio de la presente consiento a este nombramiento en este _____ día
de _____, 20_____.

Firmado _____
(Padre que otorga consentimiento)

(Nota: La firma de un padre que otorga consentimiento no es necesaria si uno de lo siguiente aplica: (i) si el otro padre del menor ha fallecido; o (ii) se desconoce el paradero del otro padre del menor; o (iii) el otro padre del menor no quiere o puede hacer y llevar a cabo las decisiones de cuidados diarios pertinentes al menor; o (iv) los padres del menor nunca estuvieron casados y ningún tribunal ha emitido una orden estableciendo parentesco.)

(Fuente: P.A. 95-568, eff. 6-1-08)

755 ILCS 5/11 - 13.2 Deberes de un tutor de corto plazo de un menor.

(a) Inmediatamente después de la fecha de vigencia del nombramiento de un tutor a corto plazo, dicho tutor a corto plazo del menor asumirá todos los deberes como el tutor de corto plazo del menor tal definido en esta Sección. El tutor de corto plazo de la persona tendrá la autoridad para actuar como el tutor de corto plazo, sin la dirección de tribunal, para la duración nombramiento, que bajo ninguna circunstancia excederá un período de 365 días. La autoridad del tutor de corto plazo puede ser limitada o terminada por una corte de adecuada jurisdicción.

(b) A no ser que explícitamente limitado por el tutor de corto plazo, un tutor de corto plazo tendrá la autoridad para actuar como el tutor de la persona de un menor como definido en la Sección 11-13, pero no tendrá ninguna autoridad para actuar como el tutor del patrimonio de un menor, pero un tutor de corto plazo tendrá la autoridad para solicitar y recibir beneficios a cuales el niño pueda tener derecho bajo programas de organizaciones federales, estatales, o locales.



Notice of Entry of Appearance as Attorney or Accredited Representative

Department of Homeland Security

DHS
Form G-28
OMB No. 1615-0105
Expires 05/31/2021

Part 1. Information About Attorney or Accredited Representative

1. USCIS Online Account Number (if any)
▶

Name of Attorney or Accredited Representative

2.a. Family Name (Last Name)
2.b. Given Name (First Name)
2.c. Middle Name

Address of Attorney or Accredited Representative

3.a. Street Number and Name
3.b. Apt. Ste. Flr.
3.c. City or Town
3.d. State 3.e. ZIP Code
(USPS ZIP Code Lookup)
3.f. Province
3.g. Postal Code
3.h. Country

Contact Information of Attorney or Accredited Representative

4. Daytime Telephone Number
5. Mobile Telephone Number (if any)
6. Email Address (if any)
7. Fax Number (if any)

Part 2. Eligibility Information for Attorney or Accredited Representative

Select **all applicable** items.

1.a. I am an attorney eligible to practice law in, and a member in good standing of, the bar of the highest courts of the following states, possessions, territories, commonwealths, or the District of Columbia. If you need extra space to complete this section, use the space provided in **Part 6. Additional Information**.

Licensing Authority

1.b. Bar Number (if applicable)

1.c. I (select **only one** box) am not am subject to any order suspending, enjoining, restraining, disbaring, or otherwise restricting me in the practice of law. If you are subject to any orders, use the space provided in **Part 6. Additional Information** to provide an explanation.

1.d. Name of Law Firm or Organization (if applicable)

2.a. I am an accredited representative of the following qualified nonprofit religious, charitable, social service, or similar organization established in the United States and recognized by the Department of Justice in accordance with 8 CFR part 1292.

2.b. Name of Recognized Organization

2.c. Date of Accreditation (mm/dd/yyyy)

3. I am associated with the attorney or accredited representative of record who previously filed Form G-28 in this case, and my appearance as an attorney or accredited representative for a limited purpose is at his or her request.

4.a. I am a law student or law graduate working under the direct supervision of the attorney or accredited representative of record on this form in accordance with the requirements in 8 CFR 292.1(a)(2).

4.b. Name of Law Student or Law Graduate

20



Part 3. Notice of Appearance as Attorney or Accredited Representative

If you need extra space to complete this section, use the space provided in **Part 6. Additional Information**.

This appearance relates to immigration matters before (select **only one** box):

- 1.a. U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)
- 1.b. List the form numbers or specific matter in which appearance is entered.
- 2.a. U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE)
- 2.b. List the specific matter in which appearance is entered.
- 3.a. U.S. Customs and Border Protection (CBP)
- 3.b. List the specific matter in which appearance is entered.
- 4. Receipt Number (if any)
▶
- 5. I enter my appearance as an attorney or accredited representative at the request of the (select **only one** box):
 Applicant Petitioner Requestor
 Beneficiary/Derivative Respondent (ICE, CBP)

Information About Client (Applicant, Petitioner, Requestor, Beneficiary or Derivative, Respondent, or Authorized Signatory for an Entity)

- 6.a. Family Name (Last Name)
- 6.b. Given Name (First Name)
- 6.c. Middle Name
- 7.a. Name of Entity (if applicable)
- 7.b. Title of Authorized Signatory for Entity (if applicable)
- 8. Client's USCIS Online Account Number (if any)
▶
- 9. Client's Alien Registration Number (A-Number) (if any)
▶ A-

Client's Contact Information

- 10. Daytime Telephone Number
- 11. Mobile Telephone Number (if any)
- 12. Email Address (if any)

Mailing Address of Client

NOTE: Provide the client's mailing address. **Do not** provide the business mailing address of the attorney or accredited representative **unless** it serves as the safe mailing address on the application or petition being filed with this Form G-28.

- 13.a. Street Number and Name
- 13.b. Apt. Ste. Flr.
- 13.c. City or Town
- 13.d. State 13.e. ZIP Code
- 13.f. Province
- 13.g. Postal Code
- 13.h. Country

Part 4. Client's Consent to Representation and Signature

Consent to Representation and Release of Information

I have requested the representation of and consented to being represented by the attorney or accredited representative named in **Part 1.** of this form. According to the Privacy Act of 1974 and U.S. Department of Homeland Security (DHS) policy, I also consent to the disclosure to the named attorney or accredited representative of any records pertaining to me that appear in any system of records of USCIS, ICE, or CBP.



Part 4. Client's Consent to Representation and Signature (continued)

Options Regarding Receipt of USCIS Notices and Documents

USCIS will send notices to both a represented party (the client) and his, her, or its attorney or accredited representative either through mail or electronic delivery. USCIS will send all secure identity documents and Travel Documents to the client's U.S. mailing address.

If you want to have notices and/or secure identity documents sent to your attorney or accredited representative of record rather than to you, please select **all applicable** items below. You may change these elections through written notice to USCIS.

- 1.a. I request that USCIS send original notices on an application or petition to the business address of my attorney or accredited representative as listed in this form.

- 1.b. I request that USCIS send any secure identity document (Permanent Resident Card, Employment Authorization Document, or Travel Document) that I receive to the U.S. business address of my attorney or accredited representative (or to a designated military or diplomatic address in a foreign country (if permitted)).

NOTE: If your notice contains Form I-94, Arrival-Departure Record, USCIS will send the notice to the U.S. business address of your attorney or accredited representative. If you would rather have your Form I-94 sent directly to you, select **Item Number 1.c.**

- 1.c. I request that USCIS send my notice containing Form I-94 to me at my U.S. mailing address.

Signature of Client or Authorized Signatory for an Entity

- 2.a. Signature of Client or Authorized Signatory for an Entity
➔

- 2.b. Date of Signature (mm/dd/yyyy)

Part 5. Signature of Attorney or Accredited Representative

I have read and understand the regulations and conditions contained in 8 CFR 103.2 and 292 governing appearances and representation before DHS. I declare under penalty of perjury under the laws of the United States that the information I have provided on this form is true and correct.

- 1. a. Signature of Attorney or Accredited Representative

- 1.b. Date of Signature (mm/dd/yyyy)

- 2.a. Signature of Law Student or Law Graduate

- 2.b. Date of Signature (mm/dd/yyyy)



Part 6. Additional Information

If you need extra space to provide any additional information within this form, use the space below. If you need more space than what is provided, you may make copies of this page to complete and file with this form or attach a separate sheet of paper. Type or print your name at the top of each sheet; indicate the **Page Number**, **Part Number**, and **Item Number** to which your answer refers; and sign and date each sheet.

1.a. Family Name (Last Name)
1.b. Given Name (First Name)
1.c. Middle Name

2.a. Page Number 2.b. Part Number 2.c. Item Number

2.d. _____

3.a. Page Number 3.b. Part Number 3.c. Item Number

3.d. _____

4.a. Page Number 4.b. Part Number 4.c. Item Number

4.d. _____

5.a. Page Number 5.b. Part Number 5.c. Item Number

5.d. _____

6.a. Page Number 6.b. Part Number 6.c. Item Number

6.d. _____



DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY
U.S. Immigration and Customs Enforcement

PRIVACY WAIVER AUTHORIZING DISCLOSURE TO A THIRD PARTY

Use this form to authorize the U.S. Department of Homeland Security ("DHS") to disclose information and/or records about you to a third party. Taking this action is entirely voluntary; you are under no obligation to consent to the release of your information to any third party. **Authority:** Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552a); DHS Privacy Act Regulations (6 C.F.R. § 5.21(d)).

STEP 1 Provide information about yourself and identify the third party that you intend to receive your information and/or records (the "Recipient").

Your Full Name:	Your Alien Registration Number (if applicable):
Your Current Address:	Date of Birth: Country of Birth:
Recipient's Name:	Recipient's Phone Number:
Recipient's Mailing Address (required if requesting disclosure by mail):	
Recipient's Organization, if the waiver will apply to it (e.g. news media, congressional office, law firm):	

STEP 2 Specify what information and/or records DHS is authorized to share with the Recipient.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Identifying Data (Date of Birth, etc.) | <input type="checkbox"/> Family Data | <input type="checkbox"/> Travel/Border Crossing |
| <input type="checkbox"/> Immigration Case | <input type="checkbox"/> Detention Information | <input type="checkbox"/> Medical Information |
| <input type="checkbox"/> Alien File (A-File) | <input type="checkbox"/> Criminal History | <input type="checkbox"/> Criminal Case |

AND/OR

The following information/records (describe): _____

OR

ALL information and/or Records Requested by the Recipient

For Aliens Only: If you have applied for or received any of the immigration benefits below, you are legally entitled to confidentiality. (See reverse for more information.) If you want DHS to share information about these benefits with the Recipient, you must waive your confidentiality rights by checking the appropriate boxes below. Waiver of these rights is not required; however, if you do not waive these rights DHS may be unable to disclose to the Recipient some or all of the information you identified above.

I waive my right to confidentiality and authorize disclosure to the Recipient regarding these immigration benefits:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Temporary Protected Status (TPS) | <input type="checkbox"/> T Visa (for trafficking victims) | <input type="checkbox"/> U Visa (for victims of certain crimes) |
| <input type="checkbox"/> Seasonal Agricultural Worker | <input type="checkbox"/> Battered Spouse/Child Seeking Hardship Waiver | <input type="checkbox"/> Violence Against Women Act (VAWA) |
| <input type="checkbox"/> Asylum
(confidentially applies even if petition is denied) | | |

STEP 3 Sign the statement below authorizing DHS to disclose your information and/or records to the Recipient.

I certify under penalty of perjury that the information above is accurate. I authorize DHS, its components, offices, employees, contractors, agents, and assignees, to disclose the information or records specified above to the Recipient. I understand this may include and is not limited to reports, evaluations, and notes of any kind, contained in any record keeping system maintained by or on behalf of DHS; that DHS retains the discretion to decide if particular records or information are within the scope of this Waiver; and that DHS has no control over how the Recipient will use or disseminate my information. I agree to release and hold harmless DHS, its components, offices, employees, contractors, agents, and assignees, from any and all claims of action or damages of any kind arising from, or in any way connected to, the release or use of any information or records pursuant to this Waiver.

Your Signature:	Witness Signature:
Date:	Witness Name:

*Privacy Waiver is valid for 90 days from date of signature

*Witness may not be the Recipient or employed by Recipient's employer

AVISO IMPORTANTE: La traducción de este formulario al español se proporciona para ayudar a las personas con conocimientos limitados de inglés. Es solamente una copia traducida y no una versión oficial de este formulario.

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD NACIONAL
Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los EE. UU.

EXENCIÓN DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN A TERCEROS

Debe utilizar este formulario si desea autorizar al Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos ("DHS", por sus siglas en inglés) a divulgar su información personal o registros a un tercero. Esta medida es absolutamente voluntaria; usted no tiene obligación alguna de prestar su consentimiento para que se divulgue su información a un tercero. **Autoridad:** Ley de Privacidad de 1974 (Título 5, Artículo 552a del Código de Estados Unidos); Reglamentos de la Ley de Privacidad del DHS (Título 6, Artículo 5.21(d), Código de Reglamentos Federales).

PASO 1 Proporcione su información personal e identifique al tercero que usted desea que reciba su información o registros (el "Destinatario").

Su nombre completo:	Número de registro de extranjero (si corresponde):
Su dirección actual:	Fecha de nacimiento: País de nacimiento:
Nombre del Destinatario:	Número de teléfono del Destinatario:
Dirección postal del Destinatario (obligatorio si solicita la divulgación por correo):	
Organización del Destinatario, si la exención correspondiese a ella (por ejemplo, medios de comunicación, oficina del Congreso, bufete de abogados):	

PASO 2 Especifique qué información y/o expedientes el DHS está autorizado a compartir con el Destinatario.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Datos de identificación (fecha de nacimiento, etc.) | <input type="checkbox"/> Datos familiares | <input type="checkbox"/> Viaje/cruce de fronteras |
| <input type="checkbox"/> Caso de inmigración | <input type="checkbox"/> Información sobre la detención | <input type="checkbox"/> Información médica |
| <input type="checkbox"/> Expediente de extranjero (A-File) | <input type="checkbox"/> Antecedentes penales | <input type="checkbox"/> Caso penal |

Y

La siguiente información/registros (describase): _____

O

TODA la información y/o registros solicitados por el Destinatario

Si ha solicitado o recibido alguno de los beneficios de inmigración que se indican a continuación, usted tiene derecho a la confidencialidad. (Consulte al dorso para más información). Si desea que el DHS comparta información sobre estos beneficios con el Destinatario, debe renunciar a sus derechos de confidencialidad marcando las casillas correspondientes que figuran más abajo. No es obligatorio renunciar a estos derechos; sin embargo, si no renuncia a ellos, es posible que el DHS no pueda divulgar al Destinatario, en forma parcial o total, la información que usted ha identificado más arriba.

Renuncio a mi derecho a la confidencialidad y autorizo la divulgación al Destinatario de los siguientes beneficios de inmigración:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estatus de protección temporal (TPS) | <input type="checkbox"/> Visa T (para víctimas de tráfico humano) | <input type="checkbox"/> Visa U (para víctimas de delitos determinados) |
| <input type="checkbox"/> Asilo político
(la confidencialidad aplica aun cuando se deniegue la petición) | <input type="checkbox"/> Solicitud de Exención por penuria de cónyuge / menor víctima de Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Ley de Violencia Contra la Mujer (VAWA, por sus siglas en inglés) |

PASO 3 Firme la siguiente declaración autorizando al DHS a divulgar su información y/o expedientes al Destinatario.

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es correcta. Autorizo al DHS, sus componentes, oficinas, empleados, contratistas, agentes y apoderados a divulgar al Destinatario la información o registros indicados con anterioridad. Entiendo que dicha información o registros puede incluir, entre otros, informes, evaluaciones y notas de cualquier índole, contenidos en cualquier sistema de archivos mantenido por el DHS o en su nombre; que el DHS puede, a su entera discreción, decidir si determinados registros o información están comprendidos dentro del ámbito de la presente Exención; y que el DHS no tiene control alguno sobre como el Destinatario utilizará o difundirá mi información. Acepto exonerar y eximir de responsabilidad al DHS, sus componentes, oficinas, empleados, contratistas, agentes y apoderados, de toda demanda judicial o por daños y perjuicios de cualquier índole, que pudiera surgir de la divulgación o uso de cualquier información o registros de conformidad con esta exención, o relacionada de cualquier forma, con dicha divulgación o uso.

Su firma:	Firma de testigo:
Fecha:	Nombre del testigo:

*La Exención de privacidad es válida durante 90 días a partir de la fecha de su firma

*El testigo no puede ser el destinatario o ser un empleado de la empresa del destinatario



STATEMENT OF CONSENT: ISSUANCE OF A U.S. PASSPORT TO A CHILD

Please Print Legibly Using Black Ink Only. If you make an error, complete a new form. Do not correct.

RESET

1. CHILD'S NAME (As it appears on form DS-11, Application for a U.S. Passport)				
Last		First		Middle
2. CHILD'S DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)			3. THIS CONSENT IS VALID FOR A:	
			<input type="checkbox"/> Passport Book and Card <input type="checkbox"/> Book Only <input type="checkbox"/> Card Only	
4a. IS CHILD UNDER 16 YEARS OLD?			4b. IF YES, PRINT NAME OF ADULT APPLYING WITH CHILD	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
5. STATEMENT OF CONSENT To be completed by the legal parent/legal guardian who cannot apply with the child. The legal parent/legal guardian who cannot apply with the child must complete the information below. This statement expires 90 days after the date of notarization.				
I, _____, give my consent to the issuance of a United States passport to the minor child Print Name of Legal Parent/Legal Guardian (who cannot apply in person with the child) named on this application. My consent is unconditional with regards to passport validity and travel.				
_____		_____	_____	_____
Street Address		Apt#	City	State
_____	_____	_____	_____	_____
(_____)	_____		_____	
Area Code	Telephone Number		Email Address	
STOP! YOU MUST SIGN AND DATE BELOW IN FRONT OF A NOTARY.				
OATH: I declare under penalty of perjury that all statements made in this supporting document are true and correct.				
Signature of Legal Parental/Legal Guardian (who cannot apply in person with the child)				Date (mm/dd/yyyy)
IMPORTANT: You must submit a clear photocopy of the front and back of the identification you presented to the notary. The date you sign the form must be the same date that the notary signs the form.				
6. FOR COMPLETION BY NOTARY				
On the date specified above and below, the affiant listed above, who is not related to me, personally appeared before me and is known to me to be the person whose name is subscribed to and acknowledged that he/she executed the same for the uses and purposes therein contained. I have properly verified the identity of the affiant by personally viewing the below notated identification document and matching photocopy.				
Name of Notary		_____		
		Print Name (Notary Public)		
Location		_____		
		City, State		
Commission Expires		_____		
		Date (mm/dd/yyyy)		
Identification Presented by Legal Parent/Legal Guardian: (who cannot apply in person with the child)		<input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Military ID <input type="checkbox"/> Other (specify)		
Legal Parent/Legal Guardian ID Number:		Place of Issue: _____		
Issue Date (mm/dd/yyyy):		Expiration Date (mm/dd/yyyy): _____		
Signature of Notary		Date of Notarization: _____		



MATERIALES ÚTILES PARA TU CASA

28

En la siguiente sección encontrarás tres carteles para la casa y una plantilla de tarjetas para llevarla en la billetera o cartera



ALTO!!

ANTES DE ABRIR LA PUERTA RECUERDA

**LA POLICÍA Y LA MIGRA NO PUEDEN ENTRAR SIN TU
PERMISO A TU CASA O SIN UNA ORDEN JUDICIAL DE
REGISTRO O DE ARRESTO**

**Para poder entrar a tu casa, la migra o la policía
debe mostrar una orden firmada por un juez, con tu
dirección exacta y el nombre de la persona que
buscan**



**Tienes derecho a
NO abrir la puerta
y no responder
ninguna
pregunta antes
de que puedas
hablar con tu
abogado.**

**IMMIGRATION AND CUSTOMS
ENFORCEMENT OR BORDER PATROL
AGENTS DO NOT HAVE CONSENT TO
ENTER THIS HOUSEHOLD UNLESS
THEY HAVE A VALID JUDICIAL
WARRANT**



**LOS AGENTES DE ICE/CBP NO TIENEN
CONSENTIMIENTO PARA ENTRAR EN
ESTA CASA A MENOS QUE TENGAN
UNA ORDEN JUDICIAL VÁLIDA**



TELÉFONOS DE EMERGENCIA

RED CONSULAR MEXICANA DE PROTECCIÓN

(520) 623 7874

CENTRO NACIONAL DE JUSTICIA MIGRATORIA

(312) 660 1328

(312) 583 9721

**COMUNIDADES ORGANIZADAS CONTRA LAS
DEPORTACIONES (OCAD)**

1 855 435 7693

* Si tienes otra nacionalidad averigua el número de protección consular de tu país

