



US Department of Health and Human Services

Office of Refugee Resettlement
Verification of Release Form

OFICINA DE REUBICACIÓN DE REFUGIADOS División de Servicios de Niños No Acompañados

Nombre del menor:	Alias (si los tuviera):	
Fecha de nacimiento del menor:	Nro. de extranjero del menor:	Nro. de los Servicios para Familias en Estado de Necesidad (Family in Need Services, FINS):

Foto del menor

Conforme a la Sección 462 de la Ley de Seguridad del Territorio Nacional (Homeland Security Act), la Oficina de Reubicación de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR) ha liberado de su custodia al menor arriba mencionado para que quede al cuidado y custodia de:

DRAFT

Nombre del patrocinador:	Nro. de extranjero:
Alias (si los tuviera):	Número de Seguro Social:

Domicilio:	Nro. de teléfono:
Ciudad:	Estado:
Relación con el menor:	Código postal:

Reconocimiento de las condiciones de liberación

Por el presente reconozco que he leído o que se me ha explicado en idioma _____ y que entiendo las condiciones de mi liberación, según lo especificado en el Acuerdo del patrocinador para las condiciones de liberación, que incluyen, entre otras, las siguientes condiciones:

- Acuerdo presentarme en todos los procedimientos futuros del Departamento de Seguridad del Territorio Nacional (Department of Homeland Security, DHS)/Inmigración y Seguridad de Aduanas (Immigration and Customs Enforcement, ICE) y la Oficina Ejecutiva para la Revisión de la Inmigración (Executive Office for Immigration Review, EOIR).
- Acuerdo presentarme ante las oficinas del DHS/ICE si así se me ordenara.
- Acuerdo notificar al DHS/ICE si decido abandonar los Estados Unidos. Lo haré por lo menos con 5 días de anticipación a mi partida de los Estados Unidos.
- Acuerdo notificar al DHS/ICE y a la EOIR si cambio de domicilio dentro de un plazo de 5 días.

Firma del menor extranjero

Fecha

Firma del funcionario de la ORR

Liberación aprobada el

Para uso interno solamente

Nombre del establecimiento de la ORR/DUCS:	
--	--