



OFICINA DE REUBICACIÓN DE REFUGIADOS
División de Servicios de Niños No Acompañados
Paquete de reunificación familiar

Al completar este paquete, usted está solicitando la liberación de un menor, que está en la actualidad bajo la custodia de la Oficina de Reubicación de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR)/División de Servicios de Niños No Acompañados (Division of Unaccompanied Children Services, DUCS). Por favor tenga en cuenta que la ORR/DUCS no autorizarán la liberación del menor, a menos que usted sea capaz de velar por su bienestar físico y mental. Sírvase consultar la lista de control en la última página para asegurarse de haber provisto toda la información solicitada, tal como se especificó. Gracias.

1. Nombre del menor	
2. Su relación con el menor	
3. Su nombre (de usted)	
4. Su fecha de nacimiento (de usted)	
5. Su país de origen (de usted)	
6. Cualquier otro nombre que usted haya utilizado	
7. Su número de extranjero, número del seguro social o número de identificación impositiva (de usted)	
8. Su número de teléfono particular (de usted)	
9. Otro número de teléfono	
10. Su dirección de correo electrónico (de usted)	
11. Idiomas que se hablan en su hogar	
12. El domicilio donde residirán usted y el menor: _____ _____ _____ _____	13. ¿Quién proveerá el respaldo financiero del menor? <input type="checkbox"/> Usted (el patrocinador) <input type="checkbox"/> Su cónyuge <input type="checkbox"/> Otra persona _____

14. Información de los ocupantes del hogar. (Si necesita más espacio, por favor adjunte una lista de los ocupantes del hogar a este formulario):

Nombre	Edad	Relación con el menor (p. ej., madre, padre)	Relación con usted (el patrocinador)	¿Está a su cargo?
				<input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No
				<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No

15. ¿Alguno de los ocupantes de su hogar sufre de alguna enfermedad grave y contagiosa (p. ej., tuberculosis, SIDA, hepatitis) que pudiera crear un peligro para la salud y/o seguridad del menor? Si así fuera, por favor explíquelo. (Adjunte una hoja por separado a este formulario si necesita más espacio):

16(a). ¿Usted o alguno de los ocupantes de su hogar han sido acusados o condenados por un delito (que no sea una infracción menor de tránsito, p. ej., velocidad excesiva, multa por mal estacionamiento)?

NO SÍ

16(b). ¿Usted o alguno de los ocupantes de su hogar han sido investigados por una agencia gubernamental de servicios sociales como resultado de una denuncia por abuso sexual/físico, descuido o abandono de un menor?

NO SÍ

16 (c). Si usted respondió "SÍ" a las preguntas 15 (a) o 15(b), sírvase adjuntar una lista a este formulario con la siguiente información para cada cargo/condena/denuncia:

- (1) Nombre de la persona involucrada; (2) lugar y fecha del incidente; (3) descripción del incidente;
 (4) pronunciamiento del incidente (p. ej., retiro de cargos, aplicación de multa, detención, libertad condicional)

17. Escuela donde inscribirá al menor:

Nombre de la escuela: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número principal: (____) _____

18. Por favor incluya información acerca de su disponibilidad para la supervisión directa del menor. Por favor indique y explique quién supervisará al menor después de la escuela, mientras usted esté trabajando u otras situaciones donde no esté en condiciones de supervisar directamente al menor. (Adjunte una hoja por separado a este formulario si necesita más espacio):

19. Si existe la posibilidad de que usted pueda ser detenido, deportado, deba abandonar los Estados Unidos o no esté presente por uno o más días para supervisar directamente al menor, por favor indique y explique quién lo supervisará en su ausencia y provea la información de contacto de esta persona. (Adjunte una hoja por separado a este formulario si necesita más espacio):

20. Sírvase brindar el nombre del médico o servicio que atenderá al menor para los cuidados médicos de rutina y la atención de seguimiento cuando sea necesario:

Nombre del médico o del establecimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número principal: (____) _____

Yo, _____, declaro y afirmo bajo pena de perjurio que he examinado este formulario y que, a mi leal saber y entender, es verdadero, exacto y está completo. Declaro que velaré por el bienestar físico y mental del menor. También cumpliré con las leyes de mi estado respecto del cuidado de este menor, lo que incluye la inscripción del menor en la escuela, la provisión de atención médica cuando sea necesaria, la protección del menor contra el abuso, descuido y abandono, y cualquier otro requisito no contenido en el presente.

Firma: _____

Fecha: _____