

---

## Programa de Reunificación Familiar “Abrazando Nuestras Raíces” IMPORTANTE

Este cuestionario deberá tener datos del interesado en obtener la visa de turista estadounidense. El contestar este cuestionario **NO LE GARANTIZA QUE LA VISA SEA APROBADA**. La única autoridad facultada para aprobarla es el Oficial Consular en turno el día de la entrevista; ya sea en la Embajada de los Estados Unidos en la Ciudad de México o en Cualquier Consulado de Estados Unidos en el país.

Antes de comenzar a responder este cuestionario, deberá tener a la mano documentos que le servirán como apoyo para el correcto llenado. **ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE SE RESPONDA CON DATOS VERDADEROS**. Algunos de estos documentos que te servirán de apoyo son:

- Pasaporte Mexicano Vigente.
- CURP.
- Credencial de Elector con domicilio actual del solicitante (en caso de no ser actual el domicilio será necesario que lo investigues).
- Acta de nacimiento del solicitante.
- Visa vencida (en caso de que aplique)

El cuestionario que llenarán el día de la próxima reunión contiene preguntas difíciles de contestar por un tercero, por lo cual es necesario que se tenga información y datos precisos del solicitante.

Alguna información necesaria y que frecuentemente es difícil responder por un tercero es la siguiente:

- Nombre completo, fecha y lugar de nacimiento de los padres del solicitante.
- Nombre completo, fecha y lugar de nacimiento de la pareja del solicitante (viva o fallecida).
- Si el solicitante es divorciado, debe proporcionar fecha de matrimonio y fecha del divorcio.
- Ocupación del solicitante.
- Datos de la empresa para la que trabaja o trabajó (nombre, dirección, teléfono, email, nombre de jefe inmediato, funciones que desempeñaba, fecha de ingreso al trabajo, fecha en que dejó de trabajar en la empresa e ingreso mensual).
- Trámite de visa anterior. Deberá indicar también si se obtuvo o no visa. En caso de haber tenido una visa anteriormente, deberá proporcionar el número de la visa. Fechas de viajes a los Estados Unidos.
- Datos de escuela, en caso de haber cursado carrera universitaria.

ES SUMAMENTE IMPORTANTE, que contemos con la mayor información posible en el cuestionario, ya que la aprobación o negativa de la visa dependerá mucho del contenido del mismo.

TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE EN EL CUESTIONARIO ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL  
Y SU USO SERÁ EXCLUSIVO PARA FINES DEL PROGRAMA “ABRAZANDO NUESTRAS RAÍCES”  
COORDINADO POR ALABAMA COALITION FOR IMMIGRANT JUSTICE.

**FICHA DE PRE-REGISTRO PARA EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN A FAMILIAS MIGRANTES  
"ABRAZANDO NUESTRAS RAÍCES"**

<b>FECHA DE REGISTRO:</b>	Día	Mes	Año
---------------------------	-----	-----	-----

**NOMBRE DEL ADULTO MAYOR (MADRE):**

<b>NOMBRE(S)</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
<b>LOCALIDAD:</b>	<b>MUNICIPIO: TEOCELO</b>	<b>ESTADO:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> Día      Mes      Año	<b>EDAD:</b>	<b>TIENE PASAPORTE VIGENTE:</b> SÍ ( ) NO ( )
<b>NÚMERO DE PASAPORTE:</b>	<b>VIGENCIA DEL PASAPORTE:</b> Día      Mes      Año	
<b>TEL. DE CASA: +52</b>	<b>CELULAR: +52</b>	<b>E-MAIL:</b>

**INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR (MADRE)**

Alzheimer ( )	Infarto ( )	Problemas del corazón ( )	Artrosis y artritis ( )
Hipertensión ( )	Parkinson ( )	Problemas auditivos ( )	Problemas visuales ( )
Osteoporosis ( )	Dolores musculares ( )	Problemas de hablar ( )	Diabetes mellitus ( )
Utiliza: Andadera ( ) Sillas de ruedas ( ) Utiliza bastón ( ) Ninguna enfermedad o padecimiento ( )			
¿REQUIERE DE ALGÚN CUIDADO O EQUIPO ESPECIAL PARA TRASLADARSE? SÍ ( ) NO ( )			
¿CUENTA CON LA VACUNA CONTRA EL COVID-19?: SÍ ( ) NO ( )			
EN CASO AFIRMATIVO ¿TIENE EL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN? SÍ ( ) NO ( )			

**NOMBRE DEL ADULTO MAYOR (PADRE) :**

<b>NOMBRE(S)</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
<b>LOCALIDAD:</b>	<b>MUNICIPIO:</b>	<b>ESTADO:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> Día      Mes      Año	<b>EDAD:</b>	<b>TIENE PASAPORTE VIGENTE:</b> SÍ ( ) NO ( )
<b>NÚMERO DE PASAPORTE:</b>	<b>VIGENCIA DEL PASAPORTE:</b> Día      Mes      Año	
<b>TEL. DE CASA: +52</b>	<b>CELULAR: +52</b>	<b>E-MAIL:</b>

**INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR (PADRE)**

Alzheimer ( )	Infarto ( )	Problemas del corazón ( )	Artrosis y artritis ( )
Hipertensión ( )	Parkinson ( )	Problemas auditivos ( )	Problemas visuales ( )
Osteoporosis ( )	Dolores musculares ( )	Problemas de hablar ( )	Diabetes mellitus ( )
Utiliza: Andadera ( ) Sillas de ruedas ( ) Utiliza bastón ( ) Ninguna enfermedad o padecimiento ( )			
¿REQUIERE DE ALGÚN CUIDADO O EQUIPO ESPECIAL PARA TRASLADARSE? SÍ ( ) NO ( )			
¿CUENTA CON LA VACUNA CONTRA EL COVID-19?: SÍ ( ) NO ( )			
EN CASO AFIRMATIVO ¿TIENE EL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN? SÍ ( ) NO ( )			

¿CUÁNTOS AÑOS LLEVA SIN VER A SUS PADRES?	
---	--

**NOMBRE DE HIJO MIGRANTE:**

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
DIRECCIÓN:		ZIP CODE:
CIUDAD:	ESTADO;	E-MAIL:
TEL. #1:	TEL. #2:	
ES MIEMBRO DE ACIJ: SÍ ( ) NO ( )	VIGENCIA DE LA MEMBRESÍA: Día Mes Año	
USTED ES LA PERSONA RESPONSABLE DE CUBRIR LOS GASTOS DE LOGÍSTICA DE SUS PADRES: ( ) SI ( ) NO ¿Quién? _____ Teléfono _____		
¿CUÁL ES SU ESTATUS MIGRATORIO?: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR		
¿CUENTA CON ALGUNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL?: SÍ ( ) NO ( )		
SI SU RESPUESTA FUE POSITIVA ¿CON QUÉ IDENTIFICACIÓN CUENTA? PASAPORTE ( ) MATRÍCULA CONSULAR ( ) OTRO _____		
¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?:	¿CUÁL ES SU EDAD?:	
¿A QUÉ EDAD LLEGÓ A LOS ESTADOS UNIDOS?:	¿CUÁNTOS AÑOS LLEVA VIVIENDO EN ALABAMA?:	
¿CUÁNTAS VECES A EMIGRADO A ESTADOS UNIDOS?:		
¿POR QUÉ CIUDAD FRONTERIZA DE MÉXICO CRUZÓ A LOS ESTADOS UNIDOS?:		
¿CUÁLES FUERON LAS CAUSAS POR LAS QUE EMIGRÓ?		
1.- _____		
2.- _____		
3.- _____		
4.- _____		

**Nota:** La información proporcionada pasará por un filtro para verificar que cumple con todos los requisitos llenar esta forma de Pre-Registro no indica que la(s) persona(s) sea beneficiada(s).