

**Programa de Becas Quality First**  
**Solicitud Familiar para el Año Fiscal Estatal 2025 (Julio 1, 2024 - Junio 30, 2025)**

Las becas se otorgan a sitios de cuidado infantil que participan en el Programa de Becas Quality First (QF) para que se distribuyan a familias elegibles basadas en el criterio de elegibilidad familiar determinada por First Things First. Para recibir una beca, las familias necesitan llenar esta solicitud, incluir la documentación requerida, y proveerla a un sitio participando en el Programa de Becas QF para determinar su elegibilidad. Puede que una beca no cubra todo el costo; revise las cantidades de los copagos con su sitio de cuidado infantil participando en QF antes de inscribirse (si es aplicable). Para preguntas de elegibilidad comuníquese con regionalscholarships@vsuw.org o llame al número gratuito 1-866-973-0012.

Solo se permiten dos (2) becas QF y dos (2) becas PEEPS por familia; no mas de una (1) beca por cada niño/a es permitido			
<b>Niño/a solicitante 0-5:</b> Primer Nombre:	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)	<b>Documentación de Necesidad Especial</b>
			<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> 504 Plan
<b>Raza/etnicidad (seleccione todas que correspondan):</b>	<input type="checkbox"/> Nativo-Estadounidense o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Niño/a solicitante 0-5:</b> Primer Nombre:	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)	<b>Documentación de Necesidad Especial</b>
			<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> 504 Plan
<b>Raza/etnicidad (seleccione todas que correspondan):</b>	<input type="checkbox"/> Nativo-Estadounidense o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>**Debe Indicar la Fecha de Nacimiento y Estado Laboral de Todos los Adultos en el Hogar**</b>			
<b>Padre/Madre/Guardián:</b> Primer Nombre:	<b>Apellido:</b>	<b>Relación al Niño/a Solicitando Beca</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)
<b>Estado Laboral (requerida para todos los adultos en el hogar):</b>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado		
<b>Estado Laboral (requerida para todos los adultos en el hogar):</b>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado		
<b>**Debe Indicar la Fecha de Nacimiento y Estado Laboral de Todos los Adultos en el Hogar**</b>			
<b>Miembros Adicionales en el Hogar:</b> Primer Nombre:	<b>Apellido:</b>	<b>Relación al Niño/a Solicitando Beca</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)
<b>Estado Laboral (requerida para todos los adultos en el hogar):</b>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado		
<b>Estado Laboral (requerida para todos los adultos en el hogar):</b>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado		

<b>Miembros Adicionales en el Hogar:</b> Primer Nombre:	Apellido:	Relación al Niño/a Solicitando Beca	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)				
Estado Laboral (requerida para todos los adultos en el hogar):	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado						
Idioma(s) hablado(s) en el hogar (seleccione todos que correspondan):	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Domicilio: (Niño/a debe ser residente de AZ)	Ciudad	Código Postal					
Correo Electrónico	Número de Teléfono	Celular Si/No					
<b>Nivel de Pobreza Federal (NPF) del 2024</b> Suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos							
Tamaño del Hogar	2	3	4	5	6	7	8*
300% del NPF	\$61,320	\$77,460	\$93,600	\$109,740	\$125,880	\$142,020	\$158,160

\* Por cada persona adicional al tamaño del hogar de (8), agregue \$16,140

**REQUERIDO: Declaración de Presencia Legal y Elegibilidad para Recibir Beneficios Públicos**

**REQUERIDO:** Cualquier niño/a recibiendo la beca debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residente legal. La Declaración de Presencia Legal y Elegibilidad para Recibir Beneficios Públicos debe llenarse para cada niño/a solicitando al programa de becas QF. Para verificar esta información, proporcione uno de los documentos mencionados en la página 10.

\* Las becas son reservadas para niños/as con la edad de 0-5 años, que aún no asisten o no son elegibles para el kínder. Niños/as con fecha de nacimiento de 8/31/2019 o antes, son considerados elegibles para el kínder al inicio de 9/1/2024, y no podrán recibir una beca después de esta fecha.

**REQUERIDO: El Tamaño del Hogar debe definirse por la Opción 1 u Opción 2**

**Opción 1: Carta de Asistencia Pública (determina el tamaño del hogar y el ingreso)**

Incluya su carta de aprobación de asistencia pública con fecha dentro de los últimos doce (12) meses; la carta debe incluir el nombre de los(as) niños(as) que estén solicitando beca, el tamaño del hogar y el ingreso mensual bruto. (Asistencia Nutricional/Financiera, AHCCCS, TANF)

De acuerdo a su carta de asistencia pública:

\_\_\_\_\_ Total de miembros contribuyentes en el hogar (padres/tutores/guardianes)  
 \_\_\_\_\_ Total de niños/as en el hogar  
 \_\_\_\_\_ Ingreso bruto anual del hogar

Familias que reciben AHCCCS tienen acceso a una copia de su carta de aprobación de asistencia pública en: [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov).

**Si usa la Opción 1, usted puede detenerse aquí y proceder a la declaración del Padre/Madre/Tutor/Guardián de esta solicitud en la página 5. No se requiere información adicional.**

**Opción 2: Declaración de Impuestos (Determina el tamaño del hogar, pero NO el ingreso)**  
Proporcione una copia de la declaración anual de impuestos más reciente (Forma 1040 pág. 1 de la declaración de impuestos) incluyendo a sus dependientes. (Declaración de impuestos debe ser del año 2023 o en adelante y debe incluir el nombre de los/as niños/as que estén solicitando beca.).

- Proporcioné mi declaración de impuestos más reciente (año 2023 o en adelante)
- Proporcioné mi declaración de impuestos más reciente pero no incluye al niño/a solicitante o no refleja mi situación actual (para enmendar el tamaño del hogar debe presentar documentación adicional) \*
  - Certificado de nacimiento para hermanos/as adicionales. (Se requerirá el ingreso de ambos padres mencionados en el certificado de nacimiento a menos que exista un acuerdo de custodia que indique lo contrario)
  - Acuerdo de custodia
  - Certificado de matrimonio
  - Decreto de divorcio
  - Documentación de adopción o cuidado custodial
  - Otro (solo aceptado con aprobación previa de VSUW & FTF)

*\* Su participante de becas seguirá las normas de Quality First para confirmar el tamaño del hogar y determinar de quien o quienes necesitan proveer el ingreso mensual.*

**REQUERIDO: Requisitos para Comprobar Ingresos Utilizando Opción 2**

Información de ingresos es necesaria para procesar su solicitud, favor de proporcionar UNO de los siguientes requisitos para cada **Miembro Contribuyente**.

**Miembros Contribuyentes** Cualquier Miembro Contribuyente del hogar con parentesco por nacimiento, matrimonio, adopción o cualquier persona que reclame al niño/a como dependiente en sus impuestos o en su carta de beneficios públicos.

**Empleado** – debe proveer la documentación necesaria de las siguientes opciones:

- Un mes de comprobantes de pagos consecutivos más recientes

Participantes calculan el ingreso bruto anual (ANTES de los impuestos) utilizando talones de pago. Formulario W-2 NO es aceptable para verificar ingreso.

- Mensualmente = 12 periodos de pago - 1 comprobante de pago
- Dos Veces al Mes = 24 periodos de pago - 2 comprobantes de pago
- Quincenalmente = 26 periodos de pago - 2 comprobantes de pago
- Semanalmente = 52 periodos de pago - 4 comprobantes de pago

**Descripciones de pago que cuentan hacia su ingreso bruto: Tiempo de descanso pagado (PTO), vacaciones, días festivos, días pagados por enfermedad, diferencias de pago por turnos de trabajo, duelo, propinas o comisiones, subsidio de vivienda o subsistencia. NOTA: Horas extras, bonos y viáticos NO cuentan hacia su ingreso bruto anual.**

**O**

- Declaración membretada por el empleador, incluyendo ingreso bruto anual o cantidad de pago por hora con un promedio de horas trabajadas y frecuencia de pago

**Empleado por Cuenta Propia** – debe proveer la documentación necesaria de las siguientes opciones:

- Forma 1040 con cualquier forma aplicable tal y como la Forma C, C-EZ, E, F, K1 adjunto con registros mensuales que confirmen ingresos brutos del negocio y registros de gastos correspondientes de los tres meses más recientes\*

O

Declaración de Ganancias y Pérdidas firmada, adjunto con registros mensuales que confirmen los ingresos brutos del negocio y registros de gastos correspondientes del negocio dentro de los tres meses más recientes\*

**\*El ingreso es calculado utilizando los registros de ingreso mensuales y los recibos de gastos de los tres meses más recientes. Si su negocio tiene un requerimiento para declarar impuestos, pero no lo ha hecho, debe proporcionar una extensión válida del IRS.**

**REQUERIDO: Documentación de Ingresos para Solicitantes Desempleados que Califican Utilizando Opción 2**

**Desempleado** – debe proporcionar lo siguiente. (Ver la parte inferior para requisitos adicionales de otra fuente de ingresos):

Declaración de No Ingresos (es requerido para todos los Miembros Contribuyentes sin ingresos)

**Sin Hogar** – (debe proporcionar documentación de una de las siguientes opciones):

Declaración firmada del administrador de su caso

O

Declaración firmada explicando las circunstancias (solo se aceptará con la aprobación de VSUW & FTF)

**REQUERIDO: Documentación de Ingresos para Solicitantes que han sido Calificados con Otra Fuente de Ingresos Utilizando Opción 2**

Mi hogar NO tiene otra fuente de ingresos

Mi hogar SI tiene otra fuente de ingresos (documentación con cantidad y frecuencia son requeridos y serán utilizados para determinar su elegibilidad):

Asistencia educativa (Becas, subsidios, etc. con la excepción de préstamos)

Pagos de adopción o por cuidado custodial

Ingresos gubernamentales o ingresos de tribu

Ingresos de seguro social (discapacidad o beneficios de vida)

Pagos de jubilación

Beneficios de veterano

Declaración de seguro de desempleo

Manutención de menores o al cónyuge

**Custodia en conjunto A** - se deben contar los ingresos del padre y de la madre si el niño/a vive en las dos viviendas y ambos padres son responsables por los gastos de cuidado infantil

O

**Custodia en conjunto B** – el ingreso del otro padre no se cuenta si el padre/madre solicitando la beca recibe manutención de menores y/o manutención al cónyuge (padre/madre aplicando necesita proveer información de dicha manutención y en qué frecuencia la está recibiendo)

**Declaración del Padre/Madre/Guardián**

*Coloque sus iniciales en cada una de las siguientes casillas para certificar que ha leído y entendido las normas para la Beca de Quality First.*

	He revisado los requisitos de elegibilidad y he incluido documentación requerida de TODAS las fuentes de ingresos de TODOS los Miembros Contribuyentes en mi hogar.
	Entiendo que el participante puede tener un copago mensual, el cual será mi responsabilidad.
	Entiendo que First Things First paga al participante por la beca de QF de mi hijo/a. Entiendo que, al momento de inscripción, recibiré el Formulario de Inscripción que otorga la Beca de QF a mi hijo/a de (tiempo completo o medio tiempo) y el monto de reembolso mensual que el participante recibe por esa Beca de QF. Entiendo que se me puede solicitar que verifique, por escrito o de otra manera, el monto de reembolso mensual que el participante recibe por la Beca de QF.
	Entiendo que esta beca no está garantizada a continuar después del 30 de Junio del 2025.
	Entiendo que una sola familia puede recibir un máximo de dos (2) Becas de QF de tiempo completo y dos (2) Becas PEEPS de tiempo completo, con un máximo de una (1) Beca de tiempo completo por niño/a.
	Entiendo que los/as niños/as colocados por el estado de Arizona en hogares de cuidado custodial temporal, no son elegibles para las Becas de QF, ya que deberían poder acceder al subsidio de cuidado de niños de DES a través de su trabajador social.
	Entiendo que debo aceptar el subsidio de cuidado infantil DES siempre y cuando se ofrezca. Al no aceptar el subsidio resultará en la pérdida de cualquier Beca de QF.
	Entiendo que la elegibilidad para la Beca de QF se determinará una vez por año fiscal.
	Entiendo que si mi/s hijo(a/s) ya no participa/n en el programa, no puedo transferir mi Beca de QF a otro sitio al menos que mi hijo/a tenga una Beca que sea especialmente-designada como transferible (solo con notificación por VSUW). Para obtener una nueva Beca en otro programa de QF, debo volver a solicitar en el lugar deseado y ser otorgado una Beca de QF en ese sitio.
	Entiendo que de modo que mi hijo /a sea elegible para una Beca de QF de medio tiempo, tendrá que ser programado a asistir por lo menos 8 días y 34 horas mensuales. Para ser elegible a una Beca de QF de tiempo completo tendrá que ser programado a asistir por lo menos 8 días y 93 horas mensuales.
	Estoy de acuerdo en traer a mi hijo/a el 85% del tiempo programado para cumplir con el propósito de la Beca de QF, el cual es dar a mi hijo/a oportunidades de aprendizaje a temprana edad. Ausencias excesivas, pueden resultar en la pérdida de la Beca de QF.
	Entiendo que, si dejo cualquier pregunta en blanco o si falta cualquier copia de documentos requeridos, mi solicitud será regresada como incompleta. Esto puede causar un retraso en la aprobación.
	Entiendo que cualquier pregunta sobre la Beca QF de mi hijo/a puedo contactarme con Valley of the Sun United Way al <a href="mailto:regionalscholarships@vsuw.org">regionalscholarships@vsuw.org</a> o llamar al 1-866-973-0012.

**Declaración personal:**

Yo entiendo que la información personal contenida en esta solicitud será reportada a Valley of the Sun United Way y First Things First, revisada en auditorías, compartida con otras agencias estatales para el cumplimiento del programa y usada públicamente en conjunto, tanto a nivel regional como estatal. También entiendo que el financiamiento de Becas de QF por naturaleza puede ser temporal y que yo puedo ser legalmente responsable y puede que tenga que pagar cualquier cantidad de dólares recibidos basados en información falsa y/o incorrecta. Al llenar esta solicitud no garantiza una Beca de QF.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor haga una copia de esta página para los archivos de padres/tutores/guardianes**

**Verificación y Determinación de Elegibilidad por el Participante de Becas Quality First**

*Se debe llenar por el Personal/Administrador/a del sitio en o antes de la fecha de inscripción*

	Todas las páginas de la solicitud fueron llenadas apropiadamente.
	Se ha verificado la edad y residencia del niño/a (edad 0-5, que aún no es elegible para Kínder).
	Se le ha informado a la familia sobre el copago (si es aplicable), el cual no está cubierto por el Programa de Becas de QF.
	La familia ha firmado y recibido una copia de la Carta de Notificación de Beca de Quality First con el tipo de beca de QF para su hijo/a de (tiempo completo o medio tiempo) y la cantidad de reembolso mensual.
	Se ha determinado la elegibilidad; la verificación de ingresos, el tamaño del hogar y los documentos acreditados están adjuntos.

**Nivel de Pobreza Federal (NPF) del 2024**

**CIRCULE SU DETERMINACION Y COLOQUE SU INGRESO ANUAL EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE**

Tamaño del Hogar	2	3	4	5	6	7	8*
Ingreso Bruto Anual							
<b>300% of NPF</b>	<b>\$61,320</b>	<b>\$77,460</b>	<b>\$93,600</b>	<b>\$109,740</b>	<b>\$125,880</b>	<b>\$142,020</b>	<b>158,160</b>

\* Por cada persona adicional al tamaño del hogar de ocho (8), agregue \$16,140

\_\_\_\_\_  
Nombre del Personal

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLARACIÓN DE PRESENCIA LEGAL Y ELEGIBILIDAD  
PARA RECIBIR BENEFICIOS PÚBLICOS  
PROGRAMA DE BECAS QUALITY FIRST**

**Instrucciones:** Un padre, tutor o guardián debe completar esta información para el niño/a que utilizará la beca. Todos los solicitantes deben completar las Secciones I, II y IV. Los solicitantes también deben completar la Sección III si el niño/a no es ciudadano o nacional de los EE. UU. Llenar este formulario completo y una copia (anverso y reverso, si corresponde) de uno o más documentos de la lista adjunta (página 10) que demuestren elegibilidad y presencia legal en los Estados Unidos.

**SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (NIÑO/A)**

NOMBRE DEL NIÑO/A (IMPRESO): \_\_\_\_\_

SUBVENCIÓN U OTRO BENEFICIO QUE SOLICITA: **First Things First, Becas de Quality First** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II - CIUDADANÍA O DECLARACIÓN DE ESTATUS NACIONAL**

¿Es el niño/a un ciudadano/a o nacional de los Estados Unidos? (marque uno)  Sí  No

¿Si la respuesta es "Sí", donde nació el niño/a? Ciudad, estado (o equivalente), y el país.

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado (o equivalente) \_\_\_\_\_ País o Territorio \_\_\_\_\_

Si el niño/a es un ciudadano/a o nacional de los Estados Unidos, saltar sección III y complete sección IV. Si no es ciudadano/a o nacional de los Estados Unidos, por favor complete las Secciones III y IV.

### SECCIÓN III - DECLARACIÓN DE ESTADO EXTRANJERO

Debe ser llenado por los padres o guardián del niño/a solicitante que no son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos. Por favor, indique la condición de extranjero marcando en la casilla correspondiente.

**"Estatus del "Extranjero Calificado" (8 U.S.C. §§ 1611(a), 1621(a)(1), 1641(b) and (c))**

- 1. Un extranjero legalmente admitido para residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA).
- 2. Un extranjero cuál se le concede asilo bajo la Sección 208 de la INA.
- 3. Un refugiado admitido en los Estados Unidos bajo la Sección 207 de la INA.
- 4. Un extranjero con libertad condicional en los Estados Unidos por lo menos un año bajo la Sección 212 (d) (5) de la INA.
- 5. Un extranjero cuya deportación haya sido retenida bajo la Sección 243 (h) o 241 (b) (3) de la INA
- 6. Un extranjero concedido entrada condicional bajo la Sección 203 (a) (7) de la INA según entró en vigor antes del 1 de abril 1980.
- 7. Un extranjero que es un entrante cubano y haitiano (como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980).
- 8. Un extranjero que es, o cuyo hijo o hija de padre es un "extranjero maltratado/a " o un extranjero sometido a crueldad extrema en los Estados Unidos y que califica bajo 8 USC § 1.641 (c) (1) (B).
- 9. Un extranjero que se le ha concedido la condición de no inmigrante bajo la Sección 101 (a) (15) (T) de la INA (tráfico de personas) o quien tiene una solicitud pendiente que establece un caso prima facie para poder beneficiarse de dicho estatus no inmigrante.
- 10. Un extranjero de Irak o Afganistán concedido la condición de inmigrante especial bajo la Sección 101 (a) (27) de la INA. Ver 8 U.S.C. §§ 1101 (Afganistán) y 1157 (Iraq) (apoyo reasentamiento).
- 11. Un ciudadano o nacional de Ucrania o una persona relacionada con libertad condicional en los Estados Unidos como se describe en la Sección 401 de la Ley Pública 117-128 (21 de Mayo de 2022).

**Estatus de no Inmigrante (8 U.S.C. § 1621(a)(2))**

- 12. Un no-inmigrante bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad (8 USC § 1101 y ss.). No inmigrantes son personas que tienen un estatus temporal para un propósito específico. Ver 8 U.S.C. § 1.101 (a) (15). (Aplicable sólo al declarar beneficios públicos.)

**Extranjero Con Libertad Condicional en los Estados Unidos Por Menos de un Año (8 U.S.C. § 1621(a)(3))**

- 13. Un extranjero con libertad condicional en los Estados Unidos por menos de un año bajo la Sección 212 (d) (5) de la INA. (Aplicable sólo a declarar beneficios públicos.)

**De Lo Contrario Legalmente Presente (A.R.S. §§ 1-501 & 1-502)**

- 14. Una persona que no se describe en las categorías 1-13, que es de otra manera legalmente en los Estados Unidos

**NOTA: La Ley federal de Responsabilidad personal y reconciliación de trabajo pueda hacer que las personas que entran en esta categoría no sean elegibles para beneficios públicos a pesar de estar legalmente presente en los Estados Unidos. Ver 8 U.S.C. §§ 1611(a) & 1621(a).**



**SECCIÓN IV - DECLARACIÓN**

**Todos los solicitantes deben llenar esta sección.** Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Arizona que las respuestas que he dado son verídicas y correctas a mi mejor conocimiento y que los documentos presentados demuestran elegibilidad y presencia legal.

Tipo de documento(s) proporcionado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Anexo: Lista de Evidencia de Elegibilidad y Presencia Legal**

Antecedentes de por qué se requiere este formulario:

El Título IV de la Ley Federal de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo de 1996 (la "Ley"), 8 U.S.C. §§ 1611 y 1621, establece que, con ciertas excepciones, solo los ciudadanos de los Estados Unidos, los nacionales no ciudadanos de los Estados Unidos, los "extranjeros calificados" (y a veces solo categorías particulares de extranjeros calificados), los no inmigrantes y ciertos extranjeros en libertad condicional en los Estados Unidos son elegibles para recibir beneficios públicos. Las prestaciones públicas previstas en la Ley incluyen subvenciones y contratos, así como pagos o asistencia a una persona, hogar o unidad familiar para prestaciones de bienestar, salud, discapacidad, educación postsecundaria y otras prestaciones similares. Las personas que solicitan un beneficio público deben hacer una declaración por escrito bajo pena de perjurio de que son elegibles para recibir beneficios públicos y presentar documentación que establezca esa elegibilidad.

Los Estatutos Revisados de Arizona §§ 1-501 y 1-502 requieren, en general, que una persona física que solicite un beneficio público debe presentar cierta documentación que demuestre satisfactoriamente que el solicitante está legalmente presente en los Estados Unidos y hacer una declaración bajo pena de perjurio de que la documentación presentada de presencia legal es verdadera.

## PRUEBAS DE ELEGIBILIDAD Y PRESENCIA LEGAL

- (1) Un certificado de nacimiento o certificado de nacimiento retrasado emitido en cualquier Estado, Territorio o posesión de los Estados Unidos, incluyendo el Distrito de Columbia, Puerto Rico (a partir del 13 de enero 1941), Guam, las Islas Vírgenes de Estados Unidos (a partir de enero 17, 1917), Samoa Americana, o las Islas Marianas del Norte (después del 4 de noviembre de 1986, Islas Marianas del Norte hora local) (a menos que el solicitante nació a los diplomáticos extranjeros que residen en dicha jurisdicción);
- (2) Un certificado de Nacimiento de los Estados Unidos en el Extranjero: Reporte Consular de Nacimiento en el Extranjero de un ciudadano de los Estados Unidos (FS-240) (emitida por el Departamento de Estado a los ciudadanos de EE.UU.); Certificado de Nacimiento (FS-545) (emitido por un puesto del servicio exterior); o Certificación de informe de nacimiento (DS-1350) (copias de los cuales están disponibles en el Departamento de Estado);
- (3) Un pasaporte de los Estados Unidos;
- (4) Un pasaporte extranjero con visa de Estados Unidos y el sello apropiado como se describe a continuación;
- (5) Una forma I-94 con una fotografía y sello apropiado como se describe a continuación;
- (6) Documentos de autorización por una ciudadanía estadounidense por un Empleo a servicios de inmigración (Forma I-766 anotada A3, A5 o A10, o el Forma I-551: Tarjeta de Residente Permanente o de registro de extranjero Tarjeta de Recibo) o documentos de viajes de Refugiados (Forma I-571);
- (7) Un certificado de naturalización (N-550 o N-570) de Estados Unidos;
- (8) Un certificado de ciudadanía (N-560 o N-561) de Estados Unidos;
- (9) Un Certificado Tribal de Sangre India; o
- (10) Declaración Certificada de Nacimiento Tribal de la Oficina de Buro de Indígenas.

### Sellos y anotaciones aceptables:

#### **"Extranjero Calificado"**

##### ***Extranjero legalmente admitido para residencia permanente***

- Forma temporal I-551 que no haya vencido en el pasaporte extranjero o en la forma I-94

##### ***Asilado o refugiado***

- Forma I-94 anotados con sello mostrando aprobación de asilo bajo § 208 o admisión bajo § 207 de la INA.

- Forma I-766 (Autorización de Empleo) anotado "A3" o "A5".

##### ***Extranjero con libertad condicional en los EE.UU. por menos de un año***

- Forma I-94 con sello que muestra admisión durante mínimo de un año bajo § 212 (d) (5) de la INA. (Solicitante no puede totalizar los períodos de admisión de menos de un año para cumplir con el requisito de un año.)

##### ***Extranjero cuya deportación o remoción fue retenido***

- Forma I-766 (Autorización de Empleo) anotado "A10"

##### ***Extranjero con asilo condicional***

- Forma I-94 con sello que muestra admisión bajo §203 (a) (7) de la INA.

- Forma I-766 (Autorización de Empleo) anotado "A3".

##### ***Entrante Cubano/Haitiano***

- Forma temporal que no haya vencido I-551 en el pasaporte extranjero o en el forma I-94 con el CU6 código o CU7;

- Forma I-94 con sello que muestra la libertad condicional como "solicitantes de Cuba / Haití" bajo la Sección 212 (d) (5) de la INA.

##### ***Extranjeros maltratados, Víctimas del tráfico de personas, y solicitantes de Irak/Afganistán***

- Comuníquese con First Things First al (602) 771-5026 para obtener ayuda.

#### **Los no inmigrantes; Extranjeros con libertad condicional en EE.UU. por menos de un año**

- Forma I-94 con sello que muestra admisión autorizada como no inmigrante o ingreso por menos de un año bajo la sección 212(d) (5) de la INA.

Rev 3/24