

I-864P, 2019 HHS Poverty Guidelines for Affidavit of Support

[Close All](#) [Open All](#)

Means-Tested Public Benefits	+
For the 48 Contiguous States, the District of Columbia, Puerto Rico, the U.S. Virgin Islands, Guam, and the Commonwealth of the Northern Mariana Islands:	-

Sponsor's Household Size	100% of HHS Poverty Guidelines*	125% of HHS Poverty Guidelines*
	<i>For sponsors on active duty in the U.S. armed forces who are petitioning for their spouse or child</i>	<i>For all other sponsors</i>
2	\$16,910	\$21,137
3	\$21,330	\$26,662
4	\$25,750	\$32,187
5	\$30,170	\$37,712
6	\$34,590	\$43,237
7	\$39,010	\$48,762
8	\$43,430	\$54,287
	Add \$4,420 for each additional person	Add \$5,525 for each additional person

PLEASE PRINT ON COMPANY LETTERHEAD
(If letterhead is not available, attach a business card)

DATE:

To Whom It May Concern:

This letter is to serve as verification of the continuous employment of

_____ at _____
Full Name Of Employee Place Of Employment

since _____ as a _____.
Date Of Hire Employee Title.

_____ earns _____ per month.
Name Of Employee Amount

If you have any question regarding this individual's employment, please feel
free to contact me at _____.
Phone Number

Sincerely,

Signature

Como llenar el DS260

- Este cuestionario debe ser completado con la información del cliente solicitando la residencia (no el patrocinador)
- Trate de no dejar ningún espacio en blanco. Si no sabe, escriba "no sé", Si no corresponde a su caso, marque la sección "[]" para indicar que no aplica.
- Escriba de manera legible
- Si es necesario, agregue paginas adicionales para otras direcciones, otros trabajos, otros hijos, etc.
- Entregue a la oficina una copia de la parte biográfica de su pasaporte con este cuestionario en su próxima cita.

Información personal y Direcciones

Apellidos como aparecen en el pasaporte:		No aplica
Primer y Segundo Nombre:		
Otros Nombres Usados		[] No Aplica
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo	
Fecha de Nacimiento	Mes: _____ Día _____ Año _____	
Ciudad de Nacimiento		
Estado/Provincia de Nacimiento		[] No Aplica
País de Origen / Nacionalidad		

Pasaporte

Numero de Pasaporte		
País que emitió el pasaporte		
Fecha de emisión		
Fecha de Expiración		
Tiene alguna otra nacionalidad además de la indicada arriba?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si, el otro país es: _____	[] No Aplica

Direcciones

Dirección Actual		
Dirección continuada		
Ciudad		
Estado/Provincia		[] No Aplica
Código Postal		[] No Aplica
País		
Desde que fecha vive allí?		
Ha vivido en otras direcciones desde que cumplió 16 años?		

Nombre todas las direcciones en las que ha vivido desde cumplir los **16** años. empiece con la dirección anterior mas reciente.

Use mas hojas de papel si es necesario

1	Primera dirección anterior
Dirección anterior (1):	
Apartamento, Piso, o otro:	
Ciudad	
Estado/Provincia	
País/Región	
Desde que fecha	Mes: y Año:
Hasta que fecha	Mes: y Año:

2	Segunda dirección anterior
Dirección anterior (1):	
Apartamento, Piso, o otro:	
Ciudad	
Estado/Provincia	
País/Región	
Desde que fecha	Mes: y Año:
Hasta que fecha	Mes: y Año:

3	Tercera dirección anterior
Dirección anterior (1):	
Apartamento, Piso, o otro:	
Ciudad	
Estado/Provincia	
País/Región	
Desde que fecha	Mes: y Año:
Hasta que fecha	Mes: y Año:

4	Cuarta dirección anterior
Dirección anterior (1):	
Apartamento, Piso, o otro:	
Ciudad	
Estado/Provincia	
País/Región	
Desde que fecha	Mes: y Año:
Hasta que fecha	Mes: y Año:

5	Quinta dirección anterior
Dirección anterior (1):	
Apartamento, Piso, o otro:	
Ciudad	
Estado/Provincia	
País/Región	
Desde que fecha	Mes: y Año:
Hasta que fecha	Mes: y Año:

6	Sexta dirección anterior
Dirección anterior (1):	
Apartamento, Piso, o otro:	
Ciudad	
Estado/Provincia	
País/Región	
Desde que fecha	Mes: y Año:
Hasta que fecha	Mes: y Año:

Teléfono

Número de teléfono primario:		
Número de teléfono secundario:		
Número de teléfono del trabajo:		<input type="checkbox"/> No Aplica
Correo electrónico		
¿Es su dirección para recibir correo es la misma que su dirección en donde vive?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si no lo es, cual es su dirección para recibir correo?		
A qué dirección piensa llegar/regresar a vivir en los Estado Unidos		<input type="checkbox"/> La misma nombrada arriba
Quien vive en la dirección a la que va a llegar a vivir?		
Numero de Teléfono:		
Quiere que su tarjeta de residencia sea enviada a esa dirección?	<input type="checkbox"/> Si	
	<input type="checkbox"/> No, mejor a esta: _____ _____	<input type="checkbox"/> No Aplica

Información de los Padres

Apellidos del Padre:		
Nombres del Padre:		
Fecha de Nacimiento	Mes: Día Año	
Ciudad de Nacimiento		
País de Nacimiento		
Su padre está vivo?	<input type="checkbox"/> Si, el vive en la dirección:	<input type="checkbox"/> No Aplica
	O <input type="checkbox"/> No , año de defunción:	<input type="checkbox"/> No Aplica

Apellidos de la Madre:		
Nombres de la Madre:		
Fecha de Nacimiento	Mes: Día Año	
Ciudad de Nacimiento		
País de Nacimiento		
Su Madre está viva?	<input type="checkbox"/> Si, ella vive en la dirección:	<input type="checkbox"/> No Aplica
	O <input type="checkbox"/> No , año de defunción:	

Cónyuge

Nombre Completo de su cónyuge		<input type="checkbox"/> No Aplica
Fecha de nacimiento de su cónyuge		
Ciudad de nacimiento de su cónyuge		
Estado/Provincia de su cónyuge		
País de Nacimiento de su cónyuge		
Dirección de su cónyuge		<input type="checkbox"/> La misma
Ocupación de su cónyuge		
Fecha de Matrimonio		
Ciudad, Estado y País de Matrimonio		
Su cónyuge esta inmigrando a los EE.UU con usted?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Su cónyuge va a inmigrar después?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Esposo/A Previo

Ha sido casada/o previamente?	*Por favor presente todos los documentos de divorcio (si es viudo/a, traiga copias de la acta de disfunción.	<input type="checkbox"/> No Aplica
-------------------------------	--	------------------------------------

Hijos

Tiene Hijos?	*Por favor presente todos las actas de nacimiento de todos sus hijos, aunque no sean nacidos en los Estados Unidos, y aunque sean mayores de edad. Si sus hijos no viven con usted, asegure traer las direcciones en donde viven sus hijos	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------	---	------------------------------------

Información de Viajes

Alguna vez estuvo en los EE.UU.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica
Le asignaron un numero de registro?	<input type="checkbox"/> cual? _____ (puede aparecer uno si ha recibido aprobación en un perdón provisional)	<input type="checkbox"/> No Aplica

Proporcione información sobre sus últimas cinco visitas en los Estados Unidos.

(1) Fecha de llegada:	___ / ___ / ___	
Tiempo de Estadía	_____ meses o años	
(2) Fecha de llegada:	___ / ___ / ___	
Tiempo de Estadía	_____ meses o años	
(3) Fecha de llegada:	___ / ___ / ___	
Tiempo de Estadía	_____ meses o años	

Fecha de Llegada (4):	
Tiempo de Estadía:	
Fecha de Llegada (5):	
Tiempo de Estadía:	

¿Alguna vez le dieron Visa de los EE.UU.?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Emisión de la Visa:	
Clasificación de la Visa:	
Número de la Visa:	

¿Se le ha perdido o le han robado alguna visa de los EE.UU.?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna de sus visas de los EE.UU. ha sido cancelada o revocada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han negado una visa de los EE.UU., le han negado el Ingreso a los EE.UU. o le han quitado su solicitud de Ingreso en el puerto de Ingreso?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si respondió que sí a alguna de las tres preguntas de arriba, por favor explique:

Información del Trabajo, Educación y Capacitación

Ocupación Principal:	
¿Tiene otras ocupaciones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, qué otras ocupaciones:	
¿En qué ocupación piensa trabajar en los EE.UU.?	
¿Estuvo empleado anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Brinde información de sus empleos de los últimos 10 años

Nombre del Empleador (1):	
Dirección del Empleador:	
Ciudad:	
Estado/Provincia:	
Código Postal:	
País:	

Número de Teléfono:	
Cargo:	
Nombre de su Supervisor	
Fecha de Empleo, desde:	
Fecha de Empleo, hasta:	

Nombre del Empleador (2):	
Dirección del Empleador:	
Ciudad:	
Estado/Provincia:	
Código Postal:	
País:	
Número de Teléfono:	
Cargo:	
Nombre de su Supervisor	
Fecha de Empleo, desde:	
Fecha de Empleo, hasta:	

Nombre del Empleador (3):	
Dirección del Empleador:	
Ciudad:	
Estado/Provincia:	
Código Postal:	
País:	
Número de Teléfono:	
Cargo:	
Nombre de su Supervisor	
Fecha de Empleo, desde:	
Fecha de Empleo, hasta:	

¿Ha asistido a alguna institución educativa a nivel secundario o superior?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Número de Instituciones Educativas a las que ha asistido:	
Nombre de la Institución (1):	
Dirección de la Institución:	

Ciudad:	
Estado/Provincia:	
Código Postal:	
País:	
¿Qué estudió?	
Título o Diploma:	
Fecha de Asistencia, Desde:	
Fecha de Asistencia, Hasta:	

Nombre de la Institución (2):	
Dirección de la Institución:	
Ciudad:	
Estado/Provincia:	
Código Postal:	
País:	
¿Qué estudió?	
Título o Diploma:	
Fecha de Asistencia, Desde:	
Fecha de Asistencia, Hasta:	

¿Alguna vez ha prestado servicio militar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del País o Región:	
Rama del Servicio:	
Rango/Posición:	
Especialidad Militar:	
Fecha del Servicio, Desde:	
Fecha del Servicio, Hasta:	

¿Alguna vez perteneció, contribuyó o trabajó para alguna organización profesional, social o de caridad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuenta con capacidades o entrenamiento especializado, incluyendo experiencia en el uso de armas de fuego, explosivos, armas nucleares, biológicas o químicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha prestado servicio, ha sido miembro o ha estado involucrado en un unidad paramilitar, unidad de vigilancia,	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

grupo rebelde u organización insurgente?	
¿Habla o lee otros idiomas aparte de su lengua materna?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué otros idiomas?	

DS-260 INTAKE FORM – PARTE II

Seguridad y Antecedentes

Información Médica y de Salud

¿Tiene alguna enfermedad contagiosa de importancia para la salud pública, como tuberculosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene documentación que verifique que usted ha recibido vacunas de acuerdo con las leyes de los EE.UU.?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún trastorno mental o físico que sea o pueda ser una amenaza para la seguridad o el bienestar propio o de otros?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Consume o alguna vez ha consumido drogas o es adicto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Antecedentes Penales

¿Alguna vez fue arrestado o sentenciado por alguna ofensa o crimen, incluso si luego fue perdonado, obtuvo una amnistía u otra acción similar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez violó o fue parte de una conspiración para violar alguna ley relacionada al control de sustancias químicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted cónyuge, hijo o hija de una persona que violó alguna ley de tráfico de sustancias controladas, y se ha beneficiado con conocimiento de las actividades del tráfico en los últimos cinco años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está viniendo a los Estados Unidos para involucrarse en prostitución o en vicio ilegal comercializado o ha estado involucrado en la prostitución o en captar prostitutas en los últimos 10 años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha estado involucrado o piensa involucrarse en el lavado de dinero?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha cometido o ha conspirado para cometer un crimen de tráfico de personas en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha ayudado, instigado, asistido o confabulado con conocimiento con algún individuo que haya sido identificado por el Presidente de los Estados Unidos como alguien que juega un papel significativo en una forma severa de tráfico de personas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted cónyuge, hijo o hija de un individuo que haya cometido o haya conspirado para cometer un crimen de tráfico de personas en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos y se ha beneficiado usted en los últimos cinco años con conocimiento de dichas actividades de tráfico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Información sobre Seguridad

¿Piensa involucrarse en espionaje, sabotaje, violaciones de control de exportaciones o cualquier otra actividad ilegal mientras esté en los Estados Unidos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Busca involucrarse en actividades terroristas mientras esté en los Estados Unidos o alguna vez ha estado involucrado en actividades terroristas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha brindado o piensa brindar apoyo financiero u otro apoyo a terroristas u organizaciones terroristas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted miembro o representante de alguna organización terrorista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha ordenado, incitado, cometido, asistido o participado de alguna otra forma en un genocidio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha cometido, ordenado, incitado, asistido o participado de alguna otra forma en una tortura?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha cometido, ordenado, incitado, asistido o participado de alguna otra forma en ejecuciones extrajudiciales, ejecuciones políticas u otros actos de violencia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha participado en el reclutamiento o el uso de niños soldados?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez, mientras servía como funcionario del gobierno, ha sido responsable o ha llevado a cabo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

directamente, en cualquier momento, violaciones particularmente severas de la libertad religiosa?	
¿Es usted miembro o está afiliado al Partido Comunista u otro partido totalitario?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha ayudado o apoyado directa o indirectamente a alguno de los grupos en Colombia conocidos como las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el Ejército de Liberación Nacional (ELN) o las Fuerzas de Autodefensa Unidas de Colombia (AUC)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez, a través del abuso de su posición política o en el gobierno, ha convertido, confiscado o expropiado propiedades en una nación extranjera para su beneficio personal sobre las cuales un ciudadano de los Estados Unidos tenía reclamaciones de propiedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted cónyuge, hijo o hija menor de edad, o agente de una persona que, a través del abuso de su posición política o en el gobierno, ha convertido, confiscado o expropiado propiedades en una nación extranjera para su beneficio personal sobre las cuales un ciudadano de los Estados Unidos tenía reclamaciones de propiedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha estado directamente involucrado en el establecimiento o cumplimiento de controles de población que obliguen a las mujeres a someterse a un aborto contra su libre opción o que obliguen a los hombres o las mujeres a que se sometan a esterilizaciones contra su libre opción?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha revelado o traficado con información confidencial de negocios de los EE.UU. obtenida en conexión con la participación de los EE.UU. en el Convenio de Armas Químicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted cónyuge, hijo o hija menor de edad, o agente de algún individuo que haya revelado o traficado con información confidencial de negocios de los EE.UU. obtenida en conexión con la participación de los EE.UU. en el Convenio de Armas Químicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Violaciones de Leyes de Inmigración

¿Alguna vez trató de obtener o ayudó a otros a obtener una visa, ingreso a los Estados Unidos o cualquier otro beneficio de inmigración a través del fraude o la representación errónea voluntaria u otros medios ilegales?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez fue objeto de una audiencia de deportación o de remoción?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez dejó de asistir a una audiencia de remoción o inadmisibilidad en los últimos cinco años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha estado presente ilegalmente, se ha pasado del tiempo de estadía otorgado por un oficial de Inmigración o ha violado los términos de una visa de los EE.UU. de alguna otra manera?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está usted sujeto a penalidad civil bajo INA 274C?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se ha ordenado su remoción de los EE.UU. durante los últimos cinco años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se ha ordenado su remoción de los EE.UU. por segunda vez en los últimos 20 años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez estuvo presente ilegalmente y se ordenó su remoción de los EE.UU. en los últimos diez años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez fue declarado culpable de una felonía agravada y se ordenó su remoción de los EE.UU.?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez estuvo presente ilegalmente en los EE.UU. durante más de 180 días (pero no más de un año) y salió de los EE.UU. voluntariamente en los últimos tres años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez estuvo presente ilegalmente en los EE.UU. durante más de un año o más de un año en total en cualquier momento en los últimos 10 años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Información Diversa

¿Alguna vez ha negado la custodia de un niño ciudadano de los EE.UU. fuera de los Estados Unidos a una persona a quien una corte de los EE.UU. le otorgó la custodia legal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha ayudado intencionalmente a otra persona a negar la custodia de un niño ciudadano de los EE.UU. fuera de los Estados Unidos a una persona a quien una corte de los EE.UU. le otorgó la custodia legal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha votado en los Estados Unidos violando alguna ley o reglamento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Alguna vez ha renunciado a la ciudadanía estadounidense con el propósito de evadir impuestos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez asistió a una escuela primaria pública o una escuela secundaria pública bajo el status (F) de estudiante en una fecha posterior al 30 de noviembre de 1996 sin reembolsar a la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Piensa entrar a los Estados Unidos con el propósito de realizar trabajos calificados o no calificados pero aún no ha sido certificado por el Secretario de Trabajo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se ha usted graduado de una escuela de medicina en el extranjero y busca realizar servicios médicos en los Estados Unidos pero aún no ha aprobado el examen de la Junta Nacional de Examinadores Médicos o su equivalente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted un trabajador de atención a la salud que busca realizar ese tipo de trabajo en los Estados Unidos pero aún no ha recibido la certificación de la Comisión de Graduados de Escuelas Extranjeras de Enfermería o de una organización independiente equivalente que otorga credenciales?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted permanentemente no elegible para la ciudadanía estadounidense?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha salido de los Estados Unidos a fin de evadir el servicio militar durante tiempo de guerra?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está usted viniendo a los EE. UU. para practicar la poligamia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted un ex visitante de intercambio (J) que aún no ha cumplido los dos años requeridos de residencia en el extranjero?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha determinado el Secretario de Seguridad Nacional en alguna oportunidad que usted presentó con conocimiento una aplicación frívola de asilo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es probable que usted se convierta en una carga pública luego de ser admitido a los Estados Unidos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas de arriba, por favor explique a continuación:
