

# Renovación / Reemplazo de Tarjeta de Residente Permanente ("MICA")

La Rosa Insurance Agency, Inc.  
1152 Third Ave  
Chula Vista, CA 91911  
(619) 427-5950  
info@larosainsurance.com



<b>Nombre:</b> (Como apareceré en su mica)					
Correo Electrónico					
Teléfono Celular:		Teléfono de Casa:			
Domicilio: (Confiable para la recepción de su mica)		Numero y Calle			
		Ciudad		Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento:	/ /	# Seguro Social :		A# :	
Estado civil (Seleccione uno):		[ ] Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Viudo			
Nombre de Su Papa:		Nombre de su Mama:			
Fecha en que obtuvo su residencia permanente:		/ /			
Lugar de Nacimiento					
Ciudad en la que vivía cuando aplico para emigrar a USA.					
Consulado (si fue fuera de USA) o Ciudad en la que obtuvo la <b>Cita Final</b> para emigrar.					
¿Recibe usted algún tipo de ayuda del Gobierno? Seguro Social, Disability, Seccion 8, Estampillas de Comida, Medical, Desempleo, Worker's Comp?				[Si]	[No]
¿Cuenta con seguro de Auto en California? [Si] [No]		¿Con que compañía?			
¿Alguna vez en su vida ha sido ARRESTADO?,				[Si]	[No]
¿Se encuentra en proceso de deportación?				[Si]	[No]
¿Ha cometido algún crimen por el cual pudiera ser deportado?				[Si]	[No]
¿Su MICA esta en estatus de "Commuter"? (viajero diario al trabajo)				[Si]	[No]
¿Ha cometido Violencia domestica, Robo, Trafico de drogas, DUI?				[Si]	[No]
¿Su esposa/ hijos (si es casado) Son emigrados o ciudadanos Americanos?				[Si]	[No]
¿Ha presentado su Income Tax durante los últimos 5 años?				[Si]	[No]
¿Fue Recomendado a esta Oficina? Si es así, quien lo recomendó?		_____			

Una vez que se ha presentado la solicitud electrónica de su renovación/reemplazo de "mica" usted recibirá correspondencia del USCIS en el siguiente orden:

1. Confirmación de haber recibido su aplicación.
2. Cita para que USCIS tome sus huellas digitales y foto.
3. Su "mica" será enviada por correo AL DOMICILIO INDICADO en este formulario.

***Declaro bajo pena de perjurio que toda la información aquí proveída es correcta y verdadera.***

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La Rosa Insurance Agency, Inc.

\_\_\_\_\_  
Fecha