

REINSCRIPCIÓN DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO

Los campos marcados (*) son obligatorios.

PASO 1: INFORMACIÓN DEL NÚMERO DE PROTOCOLO

Informe aquí el número de protocolo de la solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado que desea seguir.

*Número de protocolo

PASO 2: CONFIRMAR LOS DATOS DE SU IDENTIFICACIÓN Y DE SU CONTACTO

Informe los datos a continuación para confirmar y/o actualizar las informaciones ofrecidas en el registro

DATOS PERSONALES:

*Nombre(s)

*Apellido(s)

Nombre social (si se aplica) - Conforme Decreto n° 8.727 del 28 de abril de 2016

*Género

<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Femenino

*Fecha de Nacimiento

*Estado civil

<input type="checkbox"/> Soltero (a)
<input type="checkbox"/> Casado (a)
<input type="checkbox"/> Divorciado (a)
<input type="checkbox"/> Viudo (a)
<input type="checkbox"/> Otros:

FILIACIÓN:

Filiación no declarada

* Filiación 1

REINSCRIPCIÓN DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO

* Género (Filiación 1)

Masculino Femenino

Filiación 2

Género (Filiación 2)

Masculino Femenino

NATURALIDAD (LUGAR DE NACIMIENTO) :

*País

*Estado o Provincia

*Ciudad

NACIONALIDAD:

* Nacionalidad principal (La nacionalidad informada será utilizada para confección de Registro Nacional Migratorio)

Otras Nacionalidades

IDIOMAS

* Lengua Materna

Otros idiomas

OTRAS INFORMACIONES:

*Etnia

No se aplica

* Religión

REINSCRIPCIÓN DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO

* ¿Portador(a) de enfermedades graves?

[] Sí [] No

* ¿Persona con discapacidad física o mental?

[] Sí [] No

ÚLTIMA DIRECCIÓN EN EL PAÍS DE NACIONALIDAD O RESIDENCIA HABITUAL:

* País

* Estado o Provincia

* Ciudad

DATOS PARA CONTACTO EN BRASIL:

* Localidad

* Número

Complemento

* Barrio

* UF

* Ciudad

* ZIP CODE/CEP

Tipo de teléfono

[] Comercial

[] Residencial

[] Celular

Teléfono

Código de la ciudad + número:

Correo principal

REINSCRIPCIÓN DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO

Correo alternativo

PASO 3: FAMILIARES PARA EXTENSIÓN DE CONDICIÓN DE REFUGIADO

* ¿Tiene familiares y/o dependientes que lo acompañan en Brasil y para los cuales pretenda la extensión de los efectos de la condición de refugiado?

[] Sí [] No

En caso de que tenga familiares o dependientes que lo acompañan en Brasil y para los cuales pretenda extensión de los efectos de la condición de refugiado, **llene el formulario específico para cada familiar.**

PASO: DECLARACIÓN

* ¿Hubo participación de traductor/intérprete para el llenado de la solicitud?

[] Sí [] No

Si sí, lea con atención la declaración a continuación y llene con “X” el campo de confirmación de lectura:

SOLICITANTE:

[] En la condición de solicitante de reconocimiento de la condición de refugiado, declaro que he recibido asistencia de traductor/intérprete para leer y llenar las informaciones de este formulario y que todo el contenido ha sido interpretado para mí. Acuso conocimiento de que si se comprueba que las informaciones ofrecidas son falsas, el hecho implicará en el NO reconocimiento de la solicitud o en la pérdida de la condición de refugiado. Entiendo que CONARE puede rehusarse a aceptar el trabajo del traductor/intérprete con fines del procedimiento de solicitud de refugio si NO se respeta alguna de sus responsabilidades.

INTÉRPRETE:

[] Declaro que el traductor/intérprete, al asistirme, acusaba conocimiento de las siguientes responsabilidades:

- a) mantener en sigilo todas las informaciones que conoció en la ejecución de su trabajo y de NO publicar ningún informe o documento con base en informaciones obtenidas a lo largo del llenado;
- b) ser imparcial y libre de juicios en el ejercicio de su función;
- c) Redactar sus respuestas en el idioma del formulario, registrando fielmente todas las informaciones ofrecidas;
- d) confirmar las informaciones declaradas para asegurar de que están debidamente traducidas
- e) llevar a cabo sus actividades de manera consciente según las directrices del CONARE en relación con las cuestiones culturales, de género y edad;
- f) reportar hecho adverso que pueda afectar sus competencias en relación con el trabajo imparcial como intérprete

REINSCRIPCIÓN DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO

IDENTIFICACIÓN DEL TRADUCTOR/INTÉRPRETE

* Nombre del intérprete

* Tipo de documento

* Número do documento

* Tipo de dirección

* Localidad

* Número

Complemento

* Barrio

* Unidad federativa

* Ciudad



ZIP CODE/CEP

Tipo del teléfono

Celular

Comercial

Residencial

Teléfono

Código de la región + número:

Correo principal

Correo alternativo

REINSCRIPCIÓN DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO

Si no fue necesario intérprete para el llenado de este formulario, lea con atención la declaración a continuación y escriba “X” en el campo de confirmación de lectura:

DECLARACIÓN DE SOLICITANTE DE REFUGIO

[] Declaro que he llenado todas las informaciones y entiendo todo el contenido de este formulario sin necesidad de intervención de traductor/intérprete. Acuso conocimiento de que si se comprueba que las informaciones ofrecidas son falsas, el hecho implicará en el no reconocimiento de la solicitud o en la pérdida de la condición de refugiado.

FIRMA DE SOLICITANTE DE REFUGIO

FECHA: / /