

SOLICITUD DE LICENCIA DE MATRIMONIO

Solicitante:

Por favor marque uno: →

Novio
 Novia
 Cónyuge

Nombre	Primero	Segundo	Apellido	(Apellido de Soltera)	Número de Teléfono ()
--------	---------	---------	----------	-----------------------	------------------------------

Residencia (Número y Calle)	Ciudad	Condado	Estado
-----------------------------	--------	---------	--------

Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento (Estado o País)	Número de Seguro Social	Profesión
-------------------------------------	------	------	-------------------------------------	-------------------------	-----------

Nombre de Padre (Primero, Segundo, Apellido)	Dónde reside actualmente el Padre / Ciudad y Estado SOLAMENTE o País / o Fallecido	Lugar de Nacimiento (Estado o País)
----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

Nombre de Madre (Apellido de Soltera)/Padre (Primero, Segundo, Apellido)	Dónde reside actualmente la Madre (Padre) / Ciudad y Estado SOLAMENTE o País / o Fallecido	Lugar de Nacimiento (Estado o País)
--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

TOTAL DE AÑOS DE EDUCACIÓN COMPLETADOS

Primaria o Secundaria (0-12) (GED = 12)	Universidad	Número de matrimonio 1º, 2º, etc	Como termino el último Matrimonio (Marque la casilla apropiada)	Fecha de terminación del último Matrimonio	Lugar de terminación (Condado y Estado SOLAMENTE o País si fuera de los E.E.U.U.)
			<input type="checkbox"/> ANULACIÓN <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO		

RELACIONADOS

¿Están relacionados entre sí? No Sí Si es así, explique la relación: _____

ETNICIDAD

Usando la table a continuación, marque la casilla junto a su raza.	¿Tiene algún origen hispano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* * Si es así, marque la casilla apropiada.
<input type="checkbox"/> (1) = Blanco (incluye mexicano, puertorriqueño, español y todos los demás caucásicos)	<input type="checkbox"/> (01) = Mexicano
<input type="checkbox"/> (2) = Negro, afroamericano	
<input type="checkbox"/> (3) = Indio (incluye indios americanos y de Alaska, canadienses o mexicanos, esquimales o aleutas)	<input type="checkbox"/> (02) = Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> (4) = Chino	
<input type="checkbox"/> (5) = Japonés	<input type="checkbox"/> (03) = Cubano
<input type="checkbox"/> (6) = Hawaiano (incluye parte de hawaiano)	
<input type="checkbox"/> (7) = Otros no blancos	<input type="checkbox"/> (04) = Centroamérica o Sudamérica
<input type="checkbox"/> (8) = Filipino	
<input type="checkbox"/> (9) = Desconocido, no declarado o no clasificable	<input type="checkbox"/> (05) = Otro (o desconocido) hispano
<input type="checkbox"/> (0) = Otro asiático o isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> (A) = Indio asiático (incluye indio oriental, hindú, indoario, punjabi o sij)	
<input type="checkbox"/> (G) = Guamiano (incluye chamorro)	
<input type="checkbox"/> (K) = Coreano	
<input type="checkbox"/> (S) = Samoano	
<input type="checkbox"/> (V) = Vietnamita	