



Kathleen Jennings  
FISCAL GENERAL

DEPARTMENT OF JUSTICE  
820 NORTH FRENCH STREET  
WILMINGTON, DE 19801

TELÉFONO (800) 220-5424  
FAX (302) 577-6499

SOLICITUD DE PASAPORTE POR ROBO DE IDENTIDAD

Escriba a máquina o con letra de imprenta legible.

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Nombre anterior \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección postal \_\_\_\_\_  
Calle o apartado postal Ciudad Estado Código postal

Otra dirección \_\_\_\_\_  
Calle o apartado postal Ciudad Estado Código postal

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Condado

Género Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_  
Estado Número

INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

Fecha en que descubrió el robo \_\_\_\_\_

Condado y estado donde ocurrió el robo \_\_\_\_\_

Agencia de las fuerzas policiales que toma el informe policial \_\_\_\_\_

Número de informe policial \_\_\_\_\_ Fecha del informe policial \_\_\_\_\_

¿Se ha identificado a la persona que robó su información? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique el nombre del sospechoso \_\_\_\_\_

¿Se ha producido alguna detención? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO SÉ \_\_\_\_\_

(Continúe en la página 2)

Proporcione una breve descripción del robo, incluido lo que fue robado (por ejemplo, tarjeta de crédito, número del Seguro Social, etc.) y los números de las cuentas que se han visto afectadas.

---

---

---

---

---

---

**Proporcione cualquier documentación de respaldo que pueda corroborar un reclamo por robo de identidad. Los documentos de respaldo incluyen, entre otros, una declaración jurada de robo de identidad cumplimentada, recibos o facturas de acreedores que demuestren un uso no autorizado, cuentas de servicios públicos creadas utilizando su nombre sin permiso, cheques fraudulentos, extractos bancarios o cualquier otra prueba de que su identidad ha sido utilizada sin su consentimiento.**

**CERTIFICACIÓN**

Por la presente, certifico con mi firma que la información facilitada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender, y que he presentado un informe policial sobre este incidente. Entiendo que, si proporciono información falsa a sabiendas, puedo ser objeto de un proceso judicial.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario por correo o fax a la siguiente dirección:**

Department of Justice - ID Theft Passport Program  
Consumer Protection Unit  
Carvel State Office Building  
820 N. French St., Fifth Floor  
Wilmington, DE 19801

Fax: (302) 577-6499

**Para obtener más información llame al:**

(302) 577-8600 en el condado de New Castle o  
al (800) 220-5424 en los condados de Sussex y Kent