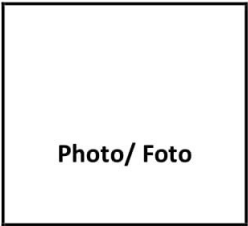


“FORM 17A  
REPUBLIC OF TRINIDAD AND TOBAGO  
IMMIGRATION REGULATIONS



| SECTION A / SECCION A – PERSONAL DATA/ DATOS PERSONALES                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Surname/ Apellidos:                                                                                                                                                                                                                                   |  | First name/ Nombres:                                                                                                                                                                       |  |
| Middle names/ Otros Nombres:                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Other names (Aliases, former name(s)/<br>Otros nombres (Apodos, aliases, antiguo(s) nombre(s):                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Date of birth (dd/mm/yyyy) /<br>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):                                                                                                                                                                                     |  | Place of birth/ Lugar de nacimiento:                                                                                                                                                       |  |
| Sex/ Sexo:<br><input type="checkbox"/> Male/ Masculino<br><input type="checkbox"/> Female/ Feminino                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Marital status/ Estado civil:<br><input type="checkbox"/> Single/ Soltero/a <input type="checkbox"/> Married/ Casado/a <input type="checkbox"/> Divorced/ Divorciado/a <input type="checkbox"/> Widowed/ Viudo/a <input type="checkbox"/> Other/ Otro |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Address in Country of origin/ Dirección en país de origen:                                                                                                                                                                                            |  | Telephone Number in Country of origin/<br>Número de teléfono en país de origen:                                                                                                            |  |
| Address in Trinidad and Tobago/ Dirección en Trinidad y Tobago:                                                                                                                                                                                       |  | Telephone number in Trinidad and Tobago/<br>Número de teléfono en Trinidad y Tobago:                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Email address (required) /Correo electrónico (obligatorio):                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Name and telephone contact of a reference in Trinidad and Tobago/<br>Nombre y número de teléfono de una referencia en Trinidad y Tobago:                                                   |  |
| Profession/ Profesión:<br><br>Occupation/ Ocupación:<br><br>Name of employer in Trinidad and Tobago/ Nombre del empleador en Trinidad y Tobago:<br><br>Place of employment in Trinidad and Tobago/ Lugar de empleo en Trinidad y Tobago:              |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Native language (including dialect):<br>Lengua materna (incluso dialecto)                                                                                                                                                                             |  | Do you speak English? / ¿Habla inglés?<br><input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A little/ Un Poco                                          |  |
| Other languages spoken/ ¿Habla otros idiomas? Si afirmativo, indique cuáles.                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Nationality/ Nacionalidad                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                            |  |
| Nationality of applicant/ Nacionalidad del solicitante:                                                                                                                                                                                               |  | Other nationalities/ Otras nacionalidades:                                                                                                                                                 |  |
| Identity Documents/ Documentos de identidad:<br><br>Passport No. / Número de Pasaporte:<br><br>Cedula No./ Número de Cédula:                                                                                                                          |  | Date of Issue/ Fecha de expedición:<br>(dd/mm/yyyy)/<br>dd/mm/aaaa<br><br>Date of Expiry/ Fecha de vencimiento:<br>(dd/mm/yyyy)/<br>dd/mm/aaaa<br><br>Place of Issue/ Lugar de expedición: |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| SECTION B/ SECCIÓN B - PERSONAL BACKGROUND/ HISTORIA PERSONAL                                                                                                                                                                                                               |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| FAMILY INFORMATION/ DATOS FAMILIARES                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Name of Spouse/ Nombre de esposo/a                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Last name/ Apellidos:                                                                                                                                                                                                                                                       | First name/ Nombres:                       | Date of birth/ Fecha de nacimiento<br>(dd/mm/yyyy)/ dd/mm/aaaa | Sex/Sexo                                                                           | Country of residence/<br>País de residencia |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Male/ Masculino                                           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Female/Feminio                                            |                                             |
| Name of Father/Nombre de padre                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Last name/Apellidos:                                                                                                                                                                                                                                                        | First Name/Nombres:                        | Date of birth/Fecha de nacimiento<br>(dd/mm/yyyy/dd/mm/aaaa    | Country of residence/País de residencia                                            |                                             |
| Name of Mother/Nombre de madre                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Last name/Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                         | First Name/Nombres:                        | Date of birth/Fecha de nacimiento<br>(dd/mm/yyyy/dd/mm/aaaa)   | Country of residence/País de residencia                                            |                                             |
| a) Do you have any children accompanying you in Trinidad and Tobago? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Tiene hijos acompañantes en Trinidad y Tobago?                                                                                        |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| If YES, please complete bio-data information for children at Annex 1.<br>Si AFIRMATIVO, por favor, llene el <i>Annex 1</i> (el anexo 1) con los datos biométricos de los hijos.                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| b) Do you have any children in your country of origin: <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Tiene hijos en su país de origen?                                                                                                                   |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| If YES, please list below:<br>Si AFIRMATIVO, por favor, nómbrelos abajo:                                                                                                                                                                                                    |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Last name/ Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                        | First name/ Nombres:                       | Date of birth/ Fecha de nacimiento:<br>(dd/mm/yyyy)/dd/mm/aaaa | Sex/Sexo                                                                           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                                             |
| Highest level of Education completed/ Último nivel de educación alcanzado:                                                                                                                                                                                                  |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| <input type="checkbox"/> None/ Ninguno <input type="checkbox"/> Primary/ Primaria <input type="checkbox"/> Secondary/ Secundaria <input type="checkbox"/> Technical school (post-secondary)/ Técnico (estudios superiores) <input type="checkbox"/> University/ Universidad |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Education/ Formación académica                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Qualification(s) /Título(s)                                                                                                                                                                                                                                                 | Name of institution/ Nombre del instituto: |                                                                | Year/ Año                                                                          |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Employment History/ Experiencia Laboral:<br>(Begin with the most recent)/ (Empiece con el más reciente)                                                                                                                                                                     |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
| Name and address of employer/<br>Nombre y dirección del empleador                                                                                                                                                                                                           | Job Title/Position / Puesto de trabajo     |                                                                | Dates (From (dd/mm/yr) to (dd/mm/yr)/<br>/Fechas(De (dd/mm/aa) a (dd/mm/aa)        |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                |                                                                                    |                                             |

| SECTION C/SECCION C – ADDITIONAL BACKGROUND INFORMATION/ ANTECEDENTES ADICIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a) Are you or have you been a member of the military service? /<br/>¿Usted presta o ha prestado servicio militar?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/ Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, indicate dates and position:<br/>Si afirmativo, indique las fechas y los puestos:</p>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>b) Have you ever been trained in the use of firearms and or other weapons? /<br/>¿Alguna vez se entrenó en el uso de armas de fuego y/ u otras armas?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Sí   <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>c) Have you ever been arrested, charged, convicted or sentenced for a crime in Trinidad and Tobago? /<br/>¿Alguna vez fue detenido, acusado, condenado o sentenciado por un delito en Trinidad y Tobago?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes give details:<br/>Si afirmativo, explique con detalles:</p>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>d) Have you ever been arrested, charged, convicted or sentenced for a crime in your country of origin or any other country? /<br/>¿Alguna vez fue detenido, acusado, condenado o sentenciado por un delito en su país de origen u en otro país?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes give details:<br/>Si afirmativo, explique con detalles:</p>                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |
| SECTION D/SECCION D: DETAILS OF TRAVEL / DETALLES DE VIAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Did you come to Trinidad and Tobago of your own free will?/<br/>¿Usted vino a Trinidad y Tobago por su propia voluntad?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Sí   <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>What was the purpose of your visit to Trinidad and Tobago?/<br/>¿Cuál era el propósito de su visita a Trinidad y Tobago?</p> <p><input type="checkbox"/> Vacation/ Vacaciones   <input type="checkbox"/> Visiting Friends/Relatives /Visitar amigos/familiares   <input type="checkbox"/> Business/ Negocios<br/><input type="checkbox"/> Study/ Estudiar   <input type="checkbox"/> Work/ Trabajar   <input type="checkbox"/> Other/Otro _____</p> |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Date of departure from country of origin (dd/mm/yyyy):<br/>Fecha de salida de su país de origen (dd/mm/aaaa):</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Place of departure (indicate State/province, municipality, city/town)<br/>Punto de salida (indique el estado, municipio, ciudad/pueblo):</p>                                                                              |
| <p>Type of transportation/ Modo de transporte:</p> <p><input type="checkbox"/> Air/En avión   <input type="checkbox"/> Sea/ En bote</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Travel document used (passport, visa, other)<br/>Documentos utilizados para viajar (pasaporte, visa, otro):<br/>_____</p> <p>Indicate if exit was in an irregular way /<br/>Indique si la salida fue irregular: _____</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Did you check with Immigration upon arrival in Trindad and Tobago? /<br/>¿Al llegar a Trinidad y Tobago, se presentó ante la inmigración?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Sí    <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Port of entry/ Puerto de entrada:</p> <p><b>Airport/el aeropuerto</b></p> <p><input type="checkbox"/> Piarco                      <input type="checkbox"/> ANR Robinson, Tobago</p> <p><b>Seaport/el puerto marítimo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Port of Spain                      <input type="checkbox"/> Chaguarams</p> <p><input type="checkbox"/> San Fernando                      <input type="checkbox"/> Cedros</p> <p><input type="checkbox"/> Scarborough</p> <p><input type="checkbox"/> Other/otro _____</p> | <p>Date of arrival to Trinidad and Tobago/<br/>Fecha de llegada a Trinidad y Tobago (dd/mm/yyyy)/<br/>(dd/mm/aaaa):</p> |
| <p><b>SECTION E/SECCIÓN E – MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO – Please complete the information at Annex 2/ Por favor, llene el <i>Annex 2</i> (el anexo 2)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |
| <p><b>SECTION F/ SECCIÓN F: DECLARATION OF APPLICANT/ DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE</b></p> <p>I declare that the information I have provided at (place) on (date dd/mm/yyyy) in this form is complete, true and correct. I confirm that I have fully read and understood the entire content of this form and all attached documents.</p> <p>I understand that if I have given false or misleading information, my application may be refused, or, if I have been granted a work permit, the permit may be cancelled.</p> <p>Yo declaro que la información que entregué en (<i>ponga el lugar</i>) _____ el (<i>ponga la fecha dd/mm/aaaa</i>) _____ en este formulario es completa, cierta y correcta. Yo afirmo haber leído y entendido completamente todo el contenido de este formulario y todos los documentos adjuntos.</p> <p>Tengo entendido que en el caso de que la información que he entregado sea falsa o engañosa, mi solicitud puede ser rechazada, o, si me han otorgado un permiso de trabajo, el permiso puede ser anulado.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |
| <p>Name of applicant in block letters/Nombre del solicitante en letras mayúsculas:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Signature of Applicant/Firma del solicitante:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Date/Fecha:</p>                                                                                                      |
| <p>Name of Registration Officer in block letters/Nombre del oficial de inscripciones en letras mayúsculas:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Signature of Registration Officer/ Firma del oficial de inscripciones:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Date/Fecha:</p>                                                                                                      |
| <p>Name of Interpreter in block letters/Nombre del intérprete en letras mayúsculas:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Signature of Interpreter/Firma del intérprete:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Date/Fecha:</p>                                                                                                      |

**ANNEX 1/ ANEXO 1**  
**BIO-DATA INFORMATION FOR MINOR CHILDREN OF MIGRANT**  
**DATOS BIOMÉTRICOS DE LOS MENORES DE EDAD DEL MIGRANTE**

|   |                                                                                              |                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | First Name/ Nombres:                                                                         | <div>Photo/ Foto</div> |
|   | Surname/ Apellidos:                                                                          |                        |
|   | Date of Birth/ Fecha de nacimiento:                                                          |                        |
|   | Place of Birth/ Lugar de nacimiento:                                                         |                        |
|   | Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                        |
|   | Nationality/Nacionalidad:                                                                    |                        |
|   | Identity Document No./ Número de documento de identidad:                                     |                        |
| 2 | First Name/ Nombres:                                                                         | <div>Photo/ Foto</div> |
|   | Surname/ Apellidos:                                                                          |                        |
|   | Date of Birth/ Fecha de nacimiento:                                                          |                        |
|   | Place of Birth/ Lugar de nacimiento:                                                         |                        |
|   | Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                        |
|   | Nationality/ Nacionalidad:                                                                   |                        |
|   | Identity Document No./ Número de documento de identidad:                                     |                        |
| 3 | First Name/ Nombres:                                                                         | <div>Photo/ Foto</div> |
|   | Surname/ Apellidos:                                                                          |                        |
|   | Date of Birth/ Fecha de nacimiento:                                                          |                        |
|   | Place of Birth/ Lugar de nacimiento:                                                         |                        |
|   | Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                        |
|   | Nationality/ Nacionalidad:                                                                   |                        |
|   | Identity Document No./ Número de documento de identidad:                                     |                        |
| 4 | First Name/ Nombres:                                                                         | <div>Photo/ Foto</div> |
|   | Surname /Apellidos:                                                                          |                        |
|   | Date of Birth/ Fecha de nacimiento:                                                          |                        |
|   | Place of Birth/ Lugar de nacimiento:                                                         |                        |
|   | Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino |                        |
|   | Nationality/ Nacionalidad:                                                                   |                        |
|   | Identity Document No./ Número de documento de identidad:                                     |                        |

\_\_\_\_\_  
Name in block letters  
Nombre en letras mayúsculas

\_\_\_\_\_  
Signature  
Firma

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

## Annex 2

### MEDICAL HISTORY

**PLEASE COMPLETE THIS FORM ON BEHALF OF YOURSELF AND YOUR CHILD/DEPENDENT**

a) Are you suffering from any illness? ☐ Yes ☐ No

If yes, give details:

b) Have you ever suffered from the following:

- |                                    |                              |                             |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Malaria      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Yellow Fever | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Measles      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Cholera      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

c) Have you been vaccinated against:

- |                                                     |                              |                             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Yellow Fever                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Measles, Mumps, Rubella (MMR) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Diphtheria                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Polio                         | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

d) Have you ever suffered from:

- |                                     |                              |                             |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Typhoid       | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Jaundice      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="radio"/> Chronic Cough | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Are you now or have you ever suffered from other chronic illnesses?

☐ Yes ☐ No

Please state any medication(s) that you are currently taking:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name in block letters

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Dated this 24th day of May, 2019.

S. YOUNG  
*Minister of National Security*