



**FORM 17A**  
**REPUBLIC OF TRINIDAD AND TOBAGO**  
**IMMIGRATION REGULATIONS**

**Photo/ Foto**

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

**Name of Father/Nombre de padre**

Last name/Apellidos:	First Name/Nombres:	Date of birth/Fecha de nacimiento (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 (dd/mm/yyyy/dd/mm/aaaa)	Country of residence/País de residencia
---------------------	---------------------	--	---

a) Do you have any children accompanying you in Trinidad and Tobago?  Yes/ Sí  No  
¿Tiene hijos acompañantes en Trinidad y Tobago?

If YES, please complete bio-data information for children at Annex 1.

Si AFIRMATIVO, por favor, llene el *Annex 1* (el anexo 1) con los datos biométricos de los hijos.

b) Do you have any children in your country of origin:  Yes/ Sí  No  
¿Tiene hijos en su país de origen?

If YES, please list below:

Si AFIRMATIVO, por favor, nómbrelos abajo:

Last name/ Apellidos	First name/ Nombres:	Date of birth/ Fecha de nacimiento: (dd/mm/yyyy)/dd/mm/aaaa)	Sex/Sexo
			<input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino
			<input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino
			<input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino
			<input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino

**Highest level of Education completed/ Último nivel de educación alcanzado:**

None/ Ninguno  Primary/ Primaria  Secondary/ Secundaria  Technical school (post-secondary)/ Técnico (estudios superiores)  University/ Universidad

**Education/ Formación académica**

Qualification(s) /Título(s)	Name of institution/ Nombre del instituto:	Year/ Año

**Employment History/ Experiencia Laboral:**

**(Begin with the most recent)/ (Empiece con el más reciente)**

Name and address of employer/ Nombre y dirección del empleador	Job Title/Position / Puesto de trabajo	Dates (From (dd/mm/yr) to (dd/mm/yr)/ /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? / ¿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: 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? / ¿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? / ¿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: 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? / ¿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: 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?/ ¿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?/ ¿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 <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): Fecha de salida de su país de origen (dd/mm/aaaa):</p>	<p>Place of departure (indicate State/province, municipality, city/town) 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) Documentos utilizados para viajar (pasaporte, visa, otro): _____</p> <p>Indicate if exit was in an irregular way / Indique si la salida fue irregular: _____</p>

<p>Did you check with Immigration upon arrival in Trinidad and Tobago? / ¿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/ Fecha de llegada a Trinidad y Tobago (dd/mm/yyyy)/ (dd/mm/aaaa):</p>
--	--	---

**SECTION E/SECCIÓN E – MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO – Please complete the information at Annex 2/  
Por favor, llene el *Annex 2* (el anexo 2)**

**SECTION F/ SECCIÓN F: DECLARATION OF APPLICANT/ DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

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.

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.

Yo declaro que la información que entregué en (*ponga el lugar*) \_\_\_\_\_ el (*ponga la fecha dd/mm/aaaa*) \_\_\_\_\_ 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.

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>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	<p>First Name/ Nombres:</p> <hr/> <p>Surname/ Apellidos:</p> <hr/> <p>Date of Birth/ Fecha de nacimiento:</p> <hr/> <p>Place of Birth/ Lugar de nacimiento:</p> <hr/> <p>Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino</p> <hr/> <p>Nationality/Nacionalidad:</p> <hr/> <p>Identity Document No./ Número de documento de identidad:</p> <hr/>	<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 150px; margin: auto;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Photo/ Foto</p> </div>
2	<p>First Name/ Nombres:</p> <hr/> <p>Surname/ Apellidos:</p> <hr/> <p>Date of Birth/ Fecha de nacimiento:</p> <hr/> <p>Place of Birth/ Lugar de nacimiento:</p> <hr/> <p>Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino</p> <hr/> <p>Nationality/ Nacionalidad:</p> <hr/> <p>Identity Document No./ Número de documento de identidad:</p> <hr/>	<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 150px; margin: auto;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Photo/ Foto</p> </div>
3	<p>First Name/ Nombres:</p> <hr/> <p>Surname/ Apellidos:</p> <hr/> <p>Date of Birth/ Fecha de nacimiento:</p> <hr/> <p>Place of Birth/ Lugar de nacimiento:</p> <hr/> <p>Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino</p> <hr/> <p>Nationality/ Nacionalidad:</p> <hr/> <p>Identity Document No./ Número de documento de identidad:</p> <hr/>	<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 150px; margin: auto;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Photo/ Foto</p> </div>
4	<p>First Name/ Nombres:</p> <hr/> <p>Surname /Apellidos:</p> <hr/> <p>Date of Birth/ Fecha de nacimiento:</p> <hr/> <p>Place of Birth/ Lugar de nacimiento:</p> <hr/> <p>Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Feminino</p> <hr/> <p>Nationality/ Nacionalidad:</p> <hr/> <p>Identity Document No./ Número de documento de identidad:</p> <hr/>	<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 150px; margin: auto;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Photo/ Foto</p> </div>

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

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

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

## Annex 2/Anexo 2

### MEDICAL HISTORY

### HISTORIAL MÉDICO

PLEASE COMPLETE THIS FORM ON BEHALF OF YOURSELF OR YOUR CHILD/DEPENDENT  
POR FAVOR, LLENE ESTE FORMULARIO EN SU NOMBRE O EN NOMBRE DE SU HIJO/DEPENDIENTE

a) Are suffering from any illness?  
¿Sufre de alguna enfermedad?  Yes/Sí  No  
If yes, give details/ Si afirmativo, explique:

b) Are you now or have ever suffered from:  
¿Sufre o alguna vez ha sufrido de:

- Malaria /La malaria  Yes/Sí  No
- Yellow Fever /La fiebre amarilla  Yes/Sí  No
- Tuberculosis /La tuberculosis  Yes/Sí  No
- Measles /El sarampión  Yes/Sí  No
- Cholera /El cólera  Yes/Sí  No

c) Have you been vaccinated against:  
¿Ha sido vacunado/a contra:

- Yellow Fever /La fiebre amarilla  Yes/Sí  No
- Measles Mumps Rubella (MMR)/  
El sarampión, las paperas y la rubéola (SPR)  Yes/Sí  No
- Diphtheria/ La difteria  Yes/Sí  No
- Polio/La polio  Yes/Sí  No

d) Are you now or have you ever suffered from:  
¿Sufre o alguna vez ha sufrido de:

- Typhoid/La tifoidea  Yes/Sí  No
- Jaundice/La ictercia  Yes/Sí  No
- Chronic Cough/Una tos crónica  Yes/Sí  No

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

¿Sufre o alguna vez ha sufrido de otras  Yes/Sí  No  
enfermedades crónicas:

Please state any medication/s that you are currently taking:

Por favor, indique cualquier medicamento que usted toma  
actualmente:

\_\_\_\_\_

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

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

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