



**New Jersey Office of the Attorney General**

Division of Consumer Affairs

Director's Office

124 Halsey Street, 7th Floor, P.O. Box 45027

Newark, New Jersey 07101

(973) 504-6200



## Formulario de certificación para solicitantes sin Número de Seguro Social o Número de identificación individual del contribuyente

Los formularios completos deben enviarse por correo electrónico a la junta o comité al que está enviando la solicitud. La dirección de correo electrónico se puede encontrar en el sitio web de su junta o comité en [www.njconsumeraffairs.gov](http://www.njconsumeraffairs.gov).

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal País

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
(incluya el código de área) (incluya el código de área)

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de la licencia que desea obtener: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_,  
Primer nombre Segundo nombre Apellido  
con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ declaro lo siguiente:  
(mes/día/año)

- Nunca se me ha expedido un número de Seguridad Social;
- No soy elegible para recibir un número de Seguridad Social; y
- Nunca me han expedido un número de identificación individual del contribuyente.

Al firmar esta declaración jurada, declaro que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Se me ha informado que, si he proporcionado información falsa de manera voluntaria seré sujeto a penalidades.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha