

SOLICITUD MINISTERIAL 2020



ASAMBLEA APOSTÓLICA DE LA FE EN CRISTO JESÚS

5401 Citrus Ave. Fontana, CA 92336

NOTA IMPORTANTE: Si esta solicitud es recibida después del 31 de octubre 2020 habrá un cargo de \$25

SECCIÓN DEL SOLICITANTE

INSTRUCCIONES: Por favor llene la solicitud **PRECISA** y **LEGIBLE**. Escriba a máquina o con letra de molde sin dejar nada en blanco. Conteste todo lo que aplique o escriba NC.

Nombre: _____
Apellido Segundo Nombre Primer Nombre

Nombre de Esposa: _____ # Ministerial _____

Fecha de Nacimiento de Esposa: ____/____/____ Aplico el año pasado (2019) Sí No
MM DD AA

Domicilio: _____
Número-calle Ciudad Estado Código Postal

Domicilio donde recibe correspondencia (Si es diferente): _____
P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____

Teléfono Hogar: () _____ Celular: () _____ Iglesia: () _____

¿Está de acuerdo con la práctica y enseñanza de la Doctrina Apostólica? Sí No

¿Está de acuerdo y practica el sistema de organización como lo establece nuestra Constitución? Sí No

¿Está de acuerdo y practica el sistema económico como lo establece nuestra Constitución? Sí No

¿Cumple con el mandamiento Bíblico de pagar sus diezmos? Sí No

¿Ha tomado el entrenamiento de prevención de acoso sexual / abuso de niños? Sí No

Si contestó "NO" a alguna de las previas cinco preguntas, explique:

Firma del Aplicante _____ Fecha: ____/____/____
MM DD AA

Al firmar este documento usted reconoce que como ministro de la Asamblea Apostólica usted está obligado legalmente a reportar cualquier caso de abuso o negligencia de un menor a las autoridades civiles y a la iglesia.

PARA SOLICITANTE DE PRIMERA VEZ O PARA ACTUALIZAR INFORMACIÓN

Seguro Social #: [] - [] - [] Estado Civil: Soltero Casado Viudo

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____ E.U. Ciudadano: Sí No
MM DD AA

Fecha de Bautismo (Agua): ____/____/____ Fecha de Bautismo (Espíritu Santo): ____/____/____
MM DD AA MM DD AA

Fecha de iniciación: ____/____/____ Lugar: _____
MM DD AA

Fecha de ordenación: ____/____/____ Lugar: _____
MM DD AA

¿Ha cumplido los requisitos del Colegio Bíblico o tomado un equivalente autorizado? Sí No

¿Nombre de equivalente autorizado? _____

SECCIÓN EPISCOPAL Y PASTORAL

El aplicante tiene la categoría de: (Por favor apunte la categoría correspondiente)

\$200 Credencial Pastoral

\$100 Credencial

\$80 Licencia

\$70 Certificado

Pastor

Co-Pastor

Ministro

Iniciado

Pastor Encargado

Asistente de Pastor

Misionero Nacional

Ministro Encargado

Evangelista Nacional

USO DEL OBISPO SOLAMENTE

Cortesía

Emérito*

Pastor Jubilado**

Obispo Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____
MM DD AA

Pastor Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____
MM DD AA

Domicilio de Iglesia: _____

Domicilio donde recibe correspondencia: (si es diferente) _____

SECCIÓN DE LA OFICINA

Payment: _____ Processed By: _____ Date Processed: _____

General Secretary Signature: _____ Date: ____/____/____
MM DD AA

*65 años de edad, 20+ años de pastor en la Asamblea Apostólica y aprobado por la Mesa Directiva General

**65 años de edad y 20+ años de pastor en la Asamblea Apostólica