



Comunidad de Fe Unido Formulario que debe llenar para Asistencia

ENVIADO POR _____ FECHA _____ (Mes, día, año)
 NOMBRE Y APELLIDO _____ NOMBRE DE SU CÓNYUGE _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____ CONDADO _____

VIVE EN ESTA DIRECCIÓN _____ (P -permanente, T-temporal, N-no vive allí)

TELÉFONO DE CASA : _____ CELULAR _____ TELÉF. DE SU TRABAJO _____

CORREO ELECTRÓNICO : _____

¿DÓNDE TRABAJA? _____ INGRESO MENSUAL \$ _____

¿DÓNDE TRABAJA SU CÓNYUGE? _____ INGRESO MENSUAL DEL CÓNYUGE \$ _____

NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJO O IDENTIFICACION _____ CUMPLEAÑOS _____

SEXO M _____ F _____

GRUPO ETNICO _____ (B-negro, S-Hispano, C-Caucástico, A- Indio Americano, I-Asiático u O-otros)

IDIOMA PRINCIPAL _____

NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS _____

NÚMERO DE HIJOS A CARGO LEGALMENTE MENORES DE 18 AÑOS _____

ESTADO MARITAL _____ (M-casado S-soltero, L-separado, D-divorciado, C-convive, O-otros)

¿ES VETERANO DE GUERRA? si ___ no ___ MINUSVALIDO si ___ no ___

¿EXISTEN OTROS ADULTOS DISCAPACITADOS EN EL HOGAR? si ___ no ___

Favor de indicar a continuación como está conformado su Hogar.

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Papá y mamá | ancianos |
| Solo un padre o madre | embarazada |
| joven embarazada con pareja | Temporalmente discapacitado |
| Joven embarazada sin pareja | Permanentemente discapacitado |
| otro | Sin familia. |

NOMBRE DE SUS HIJOS	FECHA DE CUMPLEAÑOS	NOMBRES	Cumpleaños

¿ASISTE A UNA IGLESIA? SI ___ No ___ NOMBRE DE LA IGLESIA _____

Si no asisten a UNA iglesia estaría interesado en ASISTIR a una iglesia? Si ___ No ___

¿A qué denominación de iglesia prefiere Asistir? _____

¿Necesita alimentos? Si ___ No ___ ¿Necesita ropa? Si ___ No ___