

*Community of Faith United*  
Formulario de Información para Asistencia

FECHA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ESPOSO(A): \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ CO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_ (P-permanente, T-temporero, N-no tengo dirección, S-estoy de paso)  
 TELÉFONO: casa \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_  
 MEJOR HORA PARA LLAMARLE \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 LICENCIA DE MANEJAR o # DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_  
 ETNICIDAD: \_\_\_\_\_ (B-negro, S-hispano, C-blanco, A-indio americano, I-indochino, O-otro)  
 IDIOMA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 CANTIDAD DE ADULTOS 18 años o más: \_\_\_\_\_  
 CANTIDAD DE NIÑOS 17 años o menos: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ (M-casado, S-soltero, L-separado, D-divorciado, C-viven juntos, O-otro)  
 VETERANO: Sí \_\_\_ No \_\_\_ INCAPACITADO: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 ¿HAY OTROS ADULTOS INCAPACITADOS EN LA CASA? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 TIPO DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

Dos padres o un padre e hijos

Soltero

FTP-dos padres	SEL-mayor edad
FOP-un padre	SPW-embarazo
FCP-pareja con embarazo	STD-incapacidad temporera
FCN-pareja sin embarazo	SPD-incapacidad permanente
FOT-otro	OTS-otro soltero

NOMBRE y EDADES de los HIJOS:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

SALARIO MENSUAL: \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE TRABAJA SU ESPOSO(A): \_\_\_\_\_

SALARIO MENSUAL DE SU ESPOSO(A): \_\_\_\_\_

¿VA USTED A LA IGLESIA? Sí \_\_\_ No \_\_\_

NOMBRE DE LA IGLESIA: \_\_\_\_\_

Si no va a la iglesia, ¿le interesa que le pongamos en contacto con una iglesia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué iglesia prefiere? \_\_\_\_\_

¿Necesita alimentos/comida? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Necesita ropa? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Además de alimentos/comida y ropa, ¿cómo podemos ayudarle a llegar a ser autosuficiente?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

