



INTERNATIONAL
CHRISTIAN
COALITION

28945 SW 187th Avenue
Homestead, FL 33030
Teléfono: (305) 246-5534
Fax (305) 246-5586

Correo Electrónico de Servicios para Miembros:
membership@internationalchristiancoalition.com

Correo Electrónico de Administración:
info@internationalchristiancoalition.com

Dirección de la Página de Internet:
www.internationalchristiancoalition.com

Aplicación Para Membresia

Nombre: _____

Fecha: _____

POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE,
COMPLETE Y ENVIE ESTAS FORMAS
(Use páginas adicionales si es necesario)

APLICACION PARA MEMBRESIA

1. Apellido _____ Nombre _____

2. Organización o Congregación: _____

3. Dirección _____

4. Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

5. País _____

6. Teléfono: (Celular) (_____) _____ (Hogar) (_____) _____

(Trabajo) (_____) _____ ext. _____ (Fax) (_____) _____

7. Correo Electrónico _____ Página de Internet _____

8. Nombre por el cual desea que se le llame _____

9. Nacionalidad _____ Ciudadanía _____

11. Estado Civil (escoja una respuesta)

Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a) Casado de nuevo

12. Número de hijos (as) que viven con usted ____; Nombres y edades de los niños: _____

13. Cuando y donde fue bautizado? Nombre de la Iglesia: _____

Localización Ciudad _____ Estado _____ Fecha _____ Año _____

14. Nombre y dirección de la congregación local donde tiene su membresia _____

Quien es el pastor que preside su congregación? _____

15. Cual es el nombre y la dirección de la congregacion a la que asiste actualmente? _____

a. Desde cuando asiste a esta congregación? _____

b. Telefono de su congregación (_____)_____

c. Número promedio de asistencia que tiene su iglesia local los domingos (seleccione el número más cercano)

50 75 100 200 400 600 800 1,000 2,000 3,500 5,000 7,500 10,000

16. Es usted el pastor de alguna congregación? _____Si _____ No

17. Usted sirve a su congregación local como parte del equipo ministerial de su iglesia ___Si _____ No

18. Cual es tu llamado espiritual? Pastor Evangelista Maestro Misionero Otro

(Describe) _____

19. Describe lo siguiente: 1) experiencia de conversion 2) llamado al ministerio 3) transfondo de su iglesia y 4) actividades de la iglesia en que participa actualmente (provea sus respuestas por separado).

20. Como provee para sus finanzas personales? _____

a. Tiene otra ocupación? _____No _____ Si Explique _____

b. Nombre de su lugar de empleo _____

c. Horas por semana _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

21. Estan sus finanzas en orden? _____Si _____ No

Tiene Buenos registros financieros? ___Si _____ No

22. Tiene alguna afiliacion con organizaciones religiosas? Quién? _____

23. Ha sido ordenado o tiene licencia ministerial?

Licenciatura mes _____, dia _____, año _____

Ordenación mes _____, dia _____, año _____

24. Está de acuerdo con las declaraciones de fé de ICCI? _____Si _____No

25. Tiene algun record criminal o cargos judiciales pendiente en su contra? _____Si _____No

Si los tiene, explique cada incidente indicando si cada asunto está resuelto y bajo la Sangre de Cristo y restitución ha sido hecha cuando sea posible y bíblicamente apropiado. (Se le cobrara por el costo adicional de obtener una copia de su record criminal).

26. Está de acuerdo en vivir un estilo de vida bíblica y moral digna de la profesion ministerial cristiana? ___Si _____No

27. De ser necesaria, está disponible para una entrevista? _____Si _____No

28. Usted entiende y está de acuerdo que si decide retirarse voluntariamente de ICCL, falla de renovar su membresía o si su membresía es revocada debido a una razón justificada, usted deberá entregar su tarjeta de identificación y el certificado de ICCL luego de 30 días de expirar su membresía? _____ Si _____ No

29. Promete hacerlo? ___Si _____No

30. Ha leído los requisitos de membresía y considera que califica conforme a estos standards? _____Si
 _____No

31 Mencione su educación formal, incluyendo los nombres y localización de las escuelas a las que asistió o de las que ya se ha graduado. (Por favor envíe las transcripciones de la institución educacional o de la organización donde recibió el entrenamiento).

| Nombre y localización de la escuela | Graduado | Años que ha cursado | Grados obtenidos |
|---|--|-------------------------|----------------------|
| Escuela Superior Ciudad _____ Estado _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 1 2 3 4 | |
| Universidad o Colegio Ciudad _____ Estado _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 1 2 3 4 | |
| Graduate School Ciudad _____ Estado _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 1 2 3 4 | |
| Seminary Ciudad _____ Estado _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 1 2 3 4 | |
| Cursos por correspondencia que ha completado: a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ | Fechas | Institución Educacional | Certificado Obtenido |
| Seminarios/Talleres/Conferencias que asistió: a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ | Fechas | Institución Educacional | Certificado Obtenido |

Por favor mencione el nombre, dirección y el número de teléfono de seis referencias personales que conozcan sus dones ministeriales y su historial de servicio cristiano. Incluya su pastor y referencias de otro pastor de una congregación ya establecida. Referencias adicionales pueden incluir ministros, ancianos, diaconos y otros líderes religiosos. Por favor escriba esta información de manera legible.

1. Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

2. Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

4. Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

5. Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

6. Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Reconozco y afirmo que la información provista para completar esta aplicación, incluyendo todos los documentos adjuntos, es correcta y verdadera. Entiendo que de ser aprobada my solicitud de membresia o si recibo credenciales de alguna clase de ICCI, tanto mi membresia como las credenciales pueden ser revocadas y abolidas por ICCI, en cualquier momento y sin notificación alguna, en el caso de que se descubra falso información o falsa representación.

Firma: _____ Fecha: _____

Subscrito y afirmado en mi presencia el dia _____ de _____ del 200____.

Notario Público: _____

Firma: _____

Estampa del Notario