



L.A.C.A. STATE OF NEW YORK

LATIN/AFRICAN AMERICAN CHAPLAIN ASSOCIATION

1112 Garrison Avenue - Bronx, N.Y. 10474 Tel.: (718) 842-8555 Fax: (718) 842-4747



L.A.C.A. JUNTA EJECUTIVA

Obispo Dr. Fernando Rodríguez - Presidente/CEO

Rev. Dr. Luis Figueroa - Vicepresidente Ejecutivo

Rev. Joselyn Nataniel - Director Ejecutiva

Teresa Mercedes - Secretaria Ejecutiva

Lesley Mendoza - Tesorero

L.A.C.A. CONSEJEROS A LA JUNTA EJECUTIVA

Apóstol Víctor Sanabria

Obispo Roberto Brown

Apóstol Larry Agee

Aplicación de Admisión



Foto Tamaño

Pasaporte

2" x 2"

FECHA DE HOY: _____

COSTO DE MEMBRECÍA: \$400.00

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tel: _____ Dirección electrónica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Ojos: _____ Cabello: _____ Estatura: _____
(Año/Mes/Día)

¿Tienes licencia para manejar? Si No Número de Licencia: _____

¿Tienes vehículo o carro? Si No Marca, Modelo & Número de placa: _____

¿Ciudadano Americano?

¿Residente Legal?

Numero de ID del Estado # _____ Numero de Residencia Legal # _____

Estado Civil: Sotero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre de su cónyuge: _____

Hijos(as): Nombre: Edad: Nombre: Edad:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En caso de emergencia, favor llame: _____ Tel: _____

¿En cuál ministerio desea participar? Hospitales Cárceles Otros: _____

***UN DEPÓSITO DE \$100.00 (NO REEMBOLSABLE) DEBE ACOMPAÑAR ESTA APLICACIÓN A MOMENTO DE ENTREGA.**

(Es parte del costo de \$400.00)



L.A.C.A. STATE OF NEW YORK

LATIN/AFRICAN AMERICAN CHAPLAIN ASSOCIATION

1112 Garrison Avenue - Bronx, N.Y. 10474 Tel.: (718) 842-8555 Fax: (718) 842-4747



En corta palabras, Favor describir que es lo que usted espera de nuestra organización:

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito Federal? Si No

Favor de explicar: _____

Sus huellas digitales se tomarán para la elegibilidad de membresía

Experiencia Educacional:

Nivel de educación: Secundaria Superior Universidad

Si escogió Universidad, ¿Qué nivel o cuantos años? _____

¿Instituto Bíblico? Si No Nombre del Instituto: _____ Tel: _____

Dirección: _____

¿Cuántos años completados? _____ ¿Algún otro entrenamiento Cristiano? _____

Información de Trabajo:

Nombre del Empleador _____ Tel: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ ¿Por cuantos años?: _____

Supervisor: _____ Horario: _____

Información de su Iglesia:

Nombre de su iglesia: _____

Dirección: _____

***UN DEPÓSITO DE \$100.00 (NO REEMBOLSABLE) DEBE ACOMPAÑAR ESTA APLICACIÓN A MOMENTO DE ENTREGA.**

(Es parte del costo de \$400.00)



L.A.C.A. STATE OF NEW YORK

LATIN/AFRICAN AMERICAN CHAPLAIN ASSOCIATION

1112 Garrison Avenue - Bronx, N.Y. 10474 Tel.: (718) 842-8555 Fax: (718) 842-4747



Nombre del Pastor: _____ Tel: _____

¿Cuántos años lleva de miembro en su Iglesia? _____

¿Has aceptado a Jesucristo como su Salvador personal? Si No Fecha _____

¿Has sido bautizado en las aguas? Si No Fecha _____

¿Has sido bautizado con el Espíritu Santo? Si No Fecha _____

¿En cuales ministerios estas presentemente envuelto(a)? _____

Afirmo que toda información en esta aplicación es correcta con el entendimiento que cualquier información falsa resultara en una aplicación rechazada o la inmediata destitución de la persona.

Su firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Letra de Molde

DEBE SER COMPLETADO POR SU PASTOR:

¿Es el candidato de buen testimonio? Si No

Si no, explique: _____

¿Cuántos años lleva el candidato en su iglesia? _____

Ministerios que el candidato está envuelto: _____

¿Es el candidato fiel y responsable con la Iglesia? Si No

¿Si el estado del candidato cambia, nos informaría? Si No

Comentarios del Pastor: _____

Firma del Pastor: _____

Fecha: _____

***UN DEPÓSITO DE \$100.00 (NO REEMBOLSABLE) DEBE ACOMPAÑAR ESTA APLICACIÓN A MOMENTO DE ENTREGA.**

(Es parte del costo de \$400.00)



L.A.C.A. STATE OF NEW YORK

LATIN/AFRICAN AMERICAN CHAPLAIN ASSOCIATION

1112 Garrison Avenue - Bronx, N.Y. 10474 Tel.: (718) 842-8555 Fax: (718) 842-4747



Referencias: (Favor de someter 3 referencias con carta de referencias. No se aceptara miembros de su familia).

1. Nombre: _____ Tel: _____

Dirección: _____

¿Por cuantos años conoce al solicitante? _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Tel: _____

Dirección: _____

¿Por cuantos años conoce al solicitante? _____ Relación: _____

3. Nombre: _____ Tel: _____

Dirección: _____

¿Por cuantos años conoce al solicitante? _____ Relación: _____

USO OFICIAL DE L.A.C.A. SOLAMENTE:

Investigación Personal: Aceptado(a) Rechazado(a)

Comentarios: _____

Verificación de referencias

Verificación del Pastor

Solicitante Aceptado(a) Rechazado(a)

Si es rechazado(a), Razón: _____

Si aceptado(a), Número de Placa: _____

Aprobado por:

Aprobación Final:

Rev. Luis Figueroa/Rev. Joselyn Nataniel
Vicepresidente Ejecutivo / Directora Ejecutiva

Obispo Dr. Fernando Rodriguez
Presidente

***UN DEPÓSITO DE \$100.00 (NO REEMBOLSABLE) DEBE ACOMPAÑAR ESTA APLICACIÓN A MOMENTO DE ENTREGA.**

(Es parte del costo de \$400.00)