

# CENTRO TEOLÓGICO MINISTERIAL

Distrito Sur de Texas UPCI  
903 Heathfield Drive, Channelview, TX 77530



## Aplicación de Ingreso

DATOS PERSONALES					
Apellido		Nombre		Fecha	
Dirección				Ciudad	
Estado		Código Postal		Tel #	
Cell #		E-mail			
Fecha de Nac		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Semestre: <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Primavera		<input type="checkbox"/> 8 semanas <input type="checkbox"/> 3 años		Numero Social:	
Es Ud. Ministro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene Licencia? <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Ordenación <input type="checkbox"/> Ninguno			
Es Ciudadano de los EEUU? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Residente Legal YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Estado Civil:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado			
Ha tenido problemas legales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Explique al reverso.			
INFORMACION DE LA IGLESIA/PASTOR					
Nombre de la Iglesia:			Teléfono:		
Dirección:					
Afilación <input type="checkbox"/> UPCI <input type="checkbox"/> IPUH <input type="checkbox"/> Apost			Años de Membrecía?		
Nombre del Pastor:			Teléfono:		
Dirección:					
Ha Sido aprobado por su pastor para Asistir a CTM? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Explique al reverso.			
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre:			Teléfono:		
Dirección:					
Relación:					
INFORMACION ESPIRITUAL					
Por qué quiere asistir a CTM?					
Describa actividades que desempeña en su Iglesia actualmente.					
Resuma su actual condición espiritual.					

<b>EDUCACION</b>			
Escuela Secundaria	Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Instituto Bíblico	Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otro	Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>REFERENCIAS</b>			
<i>Por Favor Cite Tres Referencias:</i>			
Nombre:		Relación:	
Teléfono (    )			
Dirección:			
Nombre:		Relación:	
Teléfono (    )			
Dirección:			
Nombre:		Relación:	
Teléfono (    )			
Dirección:			
<b>COSTO DE CLASES</b>			
El costo de las clases de 8 semanas es \$150. 00. Por favor haga su cheque a nombre de Centro Teológico Ministerial.			
El costo de las clases individuales es de \$40.00 por clase.			
El costo de los libros es aproximadamente \$10.00 por unidad.			
El costo de graduación es \$50.00.			
<b>REQUISITOS</b>			
<input type="checkbox"/> Ser Mayor de 18 años.			
<input type="checkbox"/> Carta de Recomendación de su Pastor.			
<input type="checkbox"/> Aceptar y seguir las normas de CTM.			

<b>FIRMA Y FECHA</b>	
Yo certifico que todas mis respuestas son verdaderas y completas. Yo entiendo que cualquier información falsa puede detener mi aceptación a Centro Teológico Ministerial.	
Firma	Fecha