

GZMC Application

Aplicación del Comisión del Maestro de
Ground Zero

//lo básico

Nombre: (primer, sobre nombre, apellido) _____

Nombre preferido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro social: ____-____-____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Email: _____

Numero telefónico de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Masculino femenino altura: _____ peso: _____

Estado de casado: _____ Talla de camisa: chico/mediano/grande

¿si eres aceptado al programa, desea compartir un cuarto? si no

¿Cómo se entero de este programa?



//historia familiar

Nombre del padre/guardian: _____

ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Numero telefónico de casa: (____) _____ ¿a aceptado a Cristo? si no no está seguro

Empleo o ocupación: _____

nombre de madre/guardian: _____

ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Numero telefónico de casa: (____) _____ ¿a aceptado a Cristo? si no no esta seguro

Empleo o ocupación: _____

Son sus padres... (favor de marcar con circulo)

casados divorciado separado madre muerto padre muerto padres falleció

¿Si sus padres se separaron o disociaron, cuantos anos tuvo en ese tiempo? _____

¿Con quien vivía usted y por cuanto tiempo? _____

¿tiene hermanos o hermanas? si no

favor de apuntar los nombres y edades:

_____ Edad: _____

_____ edad: _____

_____ edad: _____

// historia familiar, continuación

marque todas las declaraciones que más describe tu historia familiar:

- excelente casa cristiana rivalidad entre hermanos/hermanas trabajo de padres fue inestable
- relación cariñosa con padres padre/madre fueron ausente parientes vivían cerca
- relación cariñosa con hermano/hermana nos movíamos frecuente abuso físico de niño
- relación cercana hacia familia extendido abuso de niño mental/emocional

//evaluación personal

Si necesita mas espacio, favor de usar otra pagina de papel.

¿Cómo define usted ser sirviente?

¿cuáles son tres de sus debilidades y tres de sus fuerzas?

Define su idea de ministerio.

¿Qué es la pasión que maneja su vida?

¿Qué es su plan después de este programa?

//historia medico

¿Tiene usted un handicap, deshabilite o enfermedad que fuera afectar su habilidad de funcionar totalmente en este programa? si no

si contesto que "si", favor de explicar:

apunte cada alergia que usted tiene (incluye alergia a animales):

//historia de empleo

¿ Presentemente esta usted empleado? si no

Si contesto que "sí", donde? _____

favor de apuntar empleos del pasado, posicione, fecha que empezó y el día que termino:

//antecedentes financieros

¿Cómo planea pagar por el costo de la enseñanza?

¿Tendrá la cantidad en total para el día requerido? si no

si la respuesta es "no", favor de explicar:

//antecedentes financieros, continuación

¿Tiene un vehículo propio? (Requiero): si no

¿Tiene seguraza de vehículo? (Requiero): si no

¿Tiene seguraza medico? (Requiero): si no

apunte deudas, prestamos o pagos que tiene y cuanto debe para cada uno:

¿Antes de que empiece el programa, serán todas sus deudas completamente pagado? si no

Si respondió "no", explique como hará pagos?

//antecedentes de iglesia

Nombre de su iglesia: _____

Numero telefónico: _____ religion: _____

nombre del pastor mayor: _____

Nombre del pastor de los
jóvenes: _____

¿Por cuanto tiempo a sido miembro de esta iglesia?

¿Cuándo acepto a Cristo? _____ ¿Donde? _____

¿Se bautizo en agua? si no

¿Cuántas veces va usted para iglesia por semana? _____

¿A tenido una experiencia como Hechos 2:4? (No es necesario para ser aceptado): si no

favor de marcar, con circulo, todos los ministerios o grupos que usted a asistido:

evangelismo/ministerio de la calle	escribir publicaciones	poesía/escritos creativo
construcción de exposiciones dramáticas	costumbre/maquillaje	grupo de culto
ancianos	musical/teatro	fotografía
niños	jóvenes	drama/actuar
música rap	personas sin hogar	grupo de dirección

//cometido

¿Si fuera aceptado a este programa esta disponible hacer compromiso para nueve (9) meses? si no

Favor de apuntar tres (3) personas que usted pedio referencia:

nombre: _____ relación hacia usted: _____

Numero telefónico: _____ ¿Por cuántos años se conocen? _____

nombre: _____ relación hacia usted: _____

Numero telefónico: _____ ¿Por cuántos años se conocen? _____

nombre: _____ relación hacia usted: _____

Numero telefónico: _____ ¿Por cuántos años se conocen? _____

favor de incluir:

- aplicación
- testimonio personal en una pagina separado
- \$25 que no se puede regresar (sí pagara con cheque, hágalo para: **ground zero master's commission**)
- Una foto reciente, engrampalo hacia la aplicación(avisó: no regresará la foto)

Sostengo que honestamente completé esta aplicación y di respuesta a las preguntas los mas bien que pude y estoy de acuerdo que toda la información esta correcto. También estoy de acuerdo que si son aceptados al programa pagare trescientos (\$300) dólares que no pueden ser regresado, dentro cuatro (4) semanas del día que soy aceptado.

firma: _____ fecha: _____

envié al:

ground zero master's commission
125 Saginaw RD
New London TWP, pa 19352