Parroquia de Holy Ghost

833 Arizona St. SE Fecha: _____

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____

 # Domicilio : _____ **Calle:** _____ **Apt #:** _____

Ciudad/Estado: _____ **Codigo:** _____ **Telefono #:** _____ **Cell #:** _____

¿Le Gustaría Recibir Sobres de Contribución? ☐ **Si** ☐ **No** **Email:** _____@_____

Información Matrimonial: (Marque lo que se aplica a usted) Si me mude de otra Parroquia, indique el nombre de la Parroquia: _____

☐ Casados por la Iglesia ☐ Casados por un Ministro ☐ Casado por el Civil ☐ Viuda/o ☐ Separada/o ☐ Divorciada/o ☐ Viviendo Juntos ☐ Soltera/o

	JEFE/A DE HOGAR	ESPOSA/O / PAREJA	NIÑA/O	NIÑA/O	NIÑA/O	NIÑA/O
PRIMER NOMBRE						
APELLIDO						
RELIGIÓN						
ESTADO MARITAL						
OCUPACIÓN			NOMBRE DE ESCUELA _____	NOMBRE DE ESCUELA _____	NOMBRE DE ESCUELA _____	NOMBRE DE ESCUELA _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR			GRADO DE ESCUELA _____	GRADO DE ESCUELA _____	GRADO DE ESCUELA _____	GRADO DE ESCEULA _____
TELÉFONO DEL TRABAJO						
HABLAN INGLES?						
GÉNERO	M F	M F	M F	M F	M F	M F
LUGAR/FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / YYYY	_____ / /	_____ / /	_____ / /	_____ / /	_____ / /	_____ / /
BAUTISMO	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
1ª CONFESIÓN	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
1ª COMUNIÓN	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
CONFIRMACIÓN	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
MATRIMONIO EN LA IGLESIA CATÓLICA	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No