

Información de Residentes en su Domicilio

Por favor inscriba solamente las personas que residen en su domicilio actualmente o las que están fuera temporalmente, en la universidad o fuerzas armadas.

Por favor use los códigos correspondientes en letra de molde localizados al pie de este formulario para indicar sus respuestas en las categorías numeradas.

Otro Adulto Otro Adulto Otro Adulto Otro Adulto
 Niño(a) Niño(a) Niño(a) Niño(a)

Cabeza de familia 1

Cabeza de familia 2

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nombre de Pila | | | | | |
| Apellido | | | | | |
| 1 Estado Civil | | | | | |
| 2 Religión | | | | | |
| 3 Incapacidad | | | | | |
| 4 Grupo étnico | | | | | |
| 5 Primer Idioma si no es inglés | | | | | |
| Segundo Idioma | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Empresa/Escuela | | | | | |
| Tel. del Trabajo | | | | | |
| Fecha de nacimiento (mes/día/año) | | | | | |
| Sexo: (M/F) | | | | | |
| Grado Actual (niños(as)) | | | | | |
| E-mail | | | | | |
| Sacramentos Recibidos | Indique todo lo que sea pertinente. | | | | |
| Bautismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1era Comunión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confirmación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matrimonio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confesión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1 **MC:** Matrimonio Católico (Reconocido por la Iglesia) **MO:** Otro Matrimonio **S:** Soltero(a) **W:** Viudo(a)
D: Divorciado(a) **Sep:** Separado(a) **R:** Miembro de Orden Religiosa

2 **C:** Católico(a) **OC:** Cristiano(a) **J:** Judío(a) **OR:** Otra Religión **NR:** No Religión

3 **B:** Ceguera Legal **D:** Discapacidad de Desarrollo Mental **H:** Sordera **P:** Discapacidad Física **S:** Reclusión en el Hogar **O:** Otro (especifique)

4 **A:** Asiático(a) **B:** Afro Americano(a) **H:** Hispano(a) **N:** Indígena Americano(a) **W:** Blanco(a) **O:** Otro (especifique)

5 **S:** Español **E:** Inglés **C:** Creol **V:** Vietnamita **K:** Coreano **T:** Tagalo **O:** Otro (especifique)

Inscripción Parroquial

¡Bienvenidos a nuestra comunidad parroquial!

La información que usted provea a través de este formulario es para uso exclusivo de la Iglesia. Por favor usar letra de molde/círculo en sus respuestas. Gracias.

¿Está usted inscrito(a) en esta parroquia? Sí No

Si la respuesta es "Sí," indique la fecha de inscripción original:

¿Se ha inscrito anteriormente en otra parroquia de la Diócesis de Richmond? Sí No

Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la parroquia:

Ciudad: _____

¿Nos autoriza a publicar el número de teléfono de su casa dentro de la parroquia? Sí No

Información Postal de su Domicilio
(por favor llene la información de la manera en que usted desea que se le envíe la correspondencia, incluyendo título.)

Nombre: _____

Apartado Postal: _____ Tel. Residencia: _____

Dirección Física: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

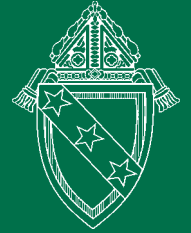
Apellido: _____

¿Hay alguna información o circunstancias especiales que esta parroquia debería saber?

Por favor proveer instrucciones para llegar a su casa, incluyendo nombres de urbanizaciones, rutas rurales o nombres de calles que ayuden a su localización.

Firma de la persona que ha llenado este formulario:

Fecha: _____



Catholic Diocese
of Richmond

For Office Use Only

Parish No. (envelope) _____

Diocesan No. _____

Area No. _____

Remarks _____
