

Recomendación para misionero de servicio a la Iglesia

Importante: Sírvase ingresar toda la información o escribirla claramente con letra de imprenta. Después de aclarar cuáles son las necesidades y los deberes de la asignación con el supervisor del departamento u organización donde a él o a ella le gustaría prestar servicio, el futuro misionero llena este formulario hasta la firma en la página 2, y lo entrega al obispo. El obispo completa su sección y entrega el formulario al presidente de estaca, que completa su sección y envía el formulario a los coordinadores de los misioneros de servicio a la Iglesia por correo o por fax. Si desea hacer preguntas, llame al 1-801-240-4914.

Información personal

Nombre (apellidos, nombres)		Número de cédula de miembro	
Domicilio (calle y número, ciudad, estado o provincia, código postal)		Nombre de usuario de la cuenta LDS Account	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	Edades de las personas dependientes que viven en casa
Teléfono del domicilio (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Dirección de correo electrónico	
Nombre de la persona a quien deberá contactarse en caso de emergencia		Parentesco	Teléfono del domicilio (incluya el código de área)
¿Ha sido arrestado alguna vez?*		¿Se le ha declarado culpable por algún delito?*	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*Si la respuesta es "Sí", dé una explicación que incluya la fecha del arresto, los cargos y la resolución

Información sobre disponibilidad Por favor complete todos los puntos.

Fecha de comienzo	Horas que trabajará cada semana (se requiere un mínimo de ocho horas por semana)	Duración del servicio <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> Otros: _____
Explique cualquier situación laboral, de viaje o familiar que podría afectar sus obligaciones en el servicio misional		

Asignación solicitada Por favor complete todos los puntos.

Nombre del supervisor contactado	Nombre del departamento o de la organización
Puesto	

Formación académica y aptitudes

Formación académica <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Estudios terciarios o universitarios	Área de estudio	Título(s) obtenido(s)		
Lengua materna	Otro idioma	Habla <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Aceptable	Lee <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Aceptable	Escribe <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Aceptable
Sabe escribir en un teclado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No PPM: _____	Experiencia con computadoras (procesamiento de textos, hoja de cálculo, programas para presentaciones, etc.)			
¿Está dispuesto/a a aprender programas en la computadora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Áreas de interés, aptitudes profesionales, habilidades, pasatiempos			

Historial de empleo Haga una lista de sus empleadores y de los puestos que ha ocupado (de ser necesario, adjunte páginas adicionales). Si en algún momento fue empleado de la Iglesia, incluya el número de identificación de empleado.

Información de la Iglesia

Puestos ocupados en la Iglesia		
Llamamiento(s) actual(es)		
Ex misionero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fechas de la misión De _____ a _____	Nombre de la misión
Otras misiones en las que haya servido		



Recomendación para misionero de servicio a la Iglesia

Nombre (apellidos, nombres)

Información médica

Salud general <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala	Vista <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala	Actualmente está cubierto/a por un seguro médico (si responde afirmativamente, escriba el nombre de la compañía y el número de póliza) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---

- | | | |
|---|--|---|
| 1. ¿Padece o ha padecido alguno de los problemas que se mencionan a continuación?: | 2. ¿Actualmente toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| a. Lesiones o problemas en la espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 3. ¿Ha ido al médico en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Enfermedades o problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 4. ¿Tiene o ha tenido cualquier otro tipo de impedimento o discapacidad física o médica, incluso trastornos mentales o emocionales, que debería tenerse en cuenta al analizar sus condiciones para una asignación en la Iglesia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Ataques de epilepsia, convulsiones o parálisis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| d. Mareos o desmayos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| e. Hernias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| f. Deformidad, amputación o discapacidad física <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Si la respuesta es afirmativa en cualquiera de los puntos anteriores, dé los detalles de cada uno (de ser necesario, adjunte páginas adicionales):

Acuerdos y firma del futuro misionero de servicio a la Iglesia

Entiendo que, de ser llamado, no seré empleado de la Iglesia, no calificaré para recibir compensación económica, y no recibiré compensación económica ni ningún otro tipo de beneficio de empleo relacionado con mi servicio. También entiendo que la Iglesia no proporciona cobertura médica para los misioneros de servicio a la Iglesia ni medios de transporte para llegar al lugar de la asignación ni regresar de él. Entiendo que soy completamente responsable de mis propios gastos médicos, incluso los gastos relacionados con la salud dental o visual y con los medicamentos de venta bajo receta.

Mediante el presente documento autorizo a la Oficina de misioneros de servicio a la Iglesia compartir la información médica mencionada arriba con la gerencia del departamento donde serviré en caso de ser llamado.

También autorizo a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días a reunir, procesar y transferir a otros países mi información personal, incluso la información confidencial que se proporcione aquí, según se requiera para los fines de la Iglesia, de acuerdo con las normas de manejo de registros y de confidencialidad de la Iglesia.

Firma del misionero (obligatorio)	Fecha
-----------------------------------	-------

Recomendación y firma del obispo o presidente de rama Al firmar este formulario, usted declara que el candidato es digno de una recomendación para el templo y es capaz y está calificado para servir como misionero de servicio a la Iglesia.

Comentarios

Nombre del obispo o presidente de rama, con letra de imprenta (obligatorio)	Nombre del barrio o la rama	Número de unidad
---	-----------------------------	------------------

Firma del obispo o presidente de rama (obligatorio)	Fecha
---	-------

Domicilio (calle y número, ciudad, estado o provincia, código postal)

Teléfono del domicilio (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Dirección de correo electrónico
--	--	--	---------------------------------

Recomendación y firma del presidente de estaca o de misión Al firmar este formulario, usted declara que el candidato es digno de una recomendación para el templo y es capaz y está calificado para servir como misionero de servicio a la Iglesia.

Comentarios

Nombre del presidente de estaca o de misión, con letra de imprenta (obligatorio)	Nombre de la estaca o misión	Número de unidad
--	------------------------------	------------------

Firma del presidente de estaca o misión (obligatorio)	Fecha
---	-------

Domicilio (calle y número, ciudad, estado o provincia, código postal)

Teléfono del domicilio (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Dirección de correo electrónico
--	--	--	---------------------------------