

EDUCACIÓN BÍBLICA TRANSFORMACIONAL

Educación en Módulo

Solicitud de Admisión



Oficina de Admisión
(213) 675-0029
Estelalee174@wmu.edu
<https://latino.wmu.edu/>
500 Shatto Place #420
Los Ángeles, CA 90020

Solicitud para Educación en Modulo

Por favor, marca la casilla correspondiente a el programa que estas aplicando.

1. Programa para título en Asociado en Artes
 - A.A. en Ministerio Cristiano
 - A.A. en Consejería Cristiana
2. Programa de Licenciatura en Artes
 - Lic. En Ministerio Cristiano
 - Lic. En Consejería Cristiana
 - Lic. En Bienestar Social
3. Programa de Certificado Acreditado
 - Ministerio en Consejería Cristiana
4. Programa Ministerial
 - LACP
5. Ciclo/Semestre Año: _____
 - Semestre de Otoño Semestre de Primavera
 - Trimestre de Invierno Trimestre de Verano

FOTOGRAFIA

2" x 2"
(51mm x 51mm)

Uso oficial

ID de estudiante _____

I-20 F/A DE

Revisión Visitante

C N R T TC

correo: _____

@wmu.edu

Asesor: _____

Información Personal

6. Nombre completo: _____
Primer nombre Apellido lugar de nacimiento
7. Género: Masculino Femenino
8. Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Zip País
9. Número de teléfono: _____
Casa Trabajo Celular
10. Correo electrónico: _____ 11. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año
12. Ciudadanía: Ciudadano estadounidense Residente permanente de EE.UU
13. Número de Seguro Social: _____
14. ¿Eres un estudiante internacional? Si No Si lo es, País de ciudadanía: _____

Información Familiar

15. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Otro: _____

16. Si esta casado/a, Nombre de su esposo/a: _____
Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

17. Nombre de un hijo: _____

Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

Nombre de un hijo: _____

Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

Nombre de un hijo: _____

Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

Nombre de un hijo: _____

Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

18. Contacto de emergencia

Nombre: _____ Parentesco: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Número de teléfono: _____
Casa Trabajo Celular

19. ¿Posee seguro de salud? Si No (Si lo posee, provea información de seguro).

Compañía Aseguradora: _____ Número de póliza: _____

20. Información de su iglesia

Nombre de iglesia: _____ Años de asistencia: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Zip País

Número de teléfono: _____
Casa Trabajo Celular

Nombre del pastor general: _____ Denominación: _____

21. ¿Es bautizado/a? Si (Fecha: _____) No

22. Posición en la iglesia

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pastor General | <input type="checkbox"/> Pastor Asociado | <input type="checkbox"/> Pastor de Ministerio en Inglés | <input type="checkbox"/> Pastor de jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Pastor interno | <input type="checkbox"/> Esposa de pastor | <input type="checkbox"/> Misionero | <input type="checkbox"/> Anciano |
| <input type="checkbox"/> Diácono/Diaconisa | <input type="checkbox"/> Pastor laico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

23. Ministerio/Información de voluntariado

Nombre de iglesia: _____ Período: _____

Describa su ministerio brevemente: _____

Nombre de iglesia: _____ Período: _____

Describa su ministerio brevemente: _____

24. Historial de educación

Nombre de escuela: _____ Ubicación: _____

Año de ingreso: _____ Año de graduación: _____ Diploma/Título recibido: _____

Nombre de escuela: _____ Ubicación: _____

Año de ingreso: _____ Año de graduación: _____ Diploma/Título recibido: _____

Nombre de escuela: _____ Ubicación: _____

Año de ingreso: _____ Año de graduación: _____ Diploma/Título recibido: _____

Marca la casilla correspondiente para el método de entrevista.

Planeo asistir a una entrevista cara a cara en el campus en la fecha calendarizada.

(El director del programa calendarizará una cita para la entrevista).

Me gustaría tener una entrevista por teléfono.*

(Número de teléfono: _____, Fecha y hora disponible: _____)

Describe brevemente el propósito del estudio que desea lograr a través del programa.

Enumera las preguntas que más le preocupan al aplicar al programa.

Si es necesario, adjunta una página de papel para cualquier información adicional.

Yo certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud esta completa y es verídica.

Firma: _____

Fecha: _____

USO OFICIAL

Aceptado/a

Aceptado/a con condición

Rechazado/a

Firma de la facultad: _____

Fecha: _____