



# ARCHDIOCESE OF NEW YORK YOUTH FAITH FORMATION

## Solicitud para el Catequista y Asistente a Catequista

\_\_\_\_\_ Para Catequista *Parroquia:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Para Asistente a Catequista *Vicariate:* \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Numeros de Teléfono:

Casa \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

Oficina \_\_\_\_\_

En donde está Usted empleado actualmente? \_\_\_\_\_

Es Usted un buen Católico? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si no, por favor explique

Recepción del Sacramento de Confirmación: Fecha \_\_\_\_\_

Parroquia en donde lo recibió \_\_\_\_\_

Hace cuantos años es usted miembro de ésta parroquia? \_\_\_\_\_

Si es menos de un año, por favor complete las lineas siguientes:

Parroquia Anterior \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Tiene 18 años de edad or más? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Porqué está usted aplicando al ministerio catequético?

## Antecedentes Catequéticos

Por cuántos años ha sido Usted Catequista? \_\_\_\_\_

Grados que enseñó \_\_\_\_\_

Última parroquia en donde enseñó

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

*Nota: A su ultima parroquia se le pedirá referencia a cerca de su ministerio.*

Tiene usted un certificación en Formación para Catequistas nivel 1? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Año de Certificación \_\_\_\_\_ Diócesis \_\_\_\_\_

Tiene usted un certificación en Formación para Catequistas nivel? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Año de Certificación \_\_\_\_\_ Diócesis \_\_\_\_\_

Favor de anotar los trabajos en los cuáles ha participado como voluntario durante los últimos cinco años:

Favor de anotar sus habilidades y talentos. Por ejemplo: musical, artístico, de oficina

## Antecedentes De Educacion Religiosa

Por favor marque ( ✓ ) en donde recibio Usted su Educacion Religiosa.

Primaria Escuela Católica \_\_\_\_\_ Programa de Estudios Religiosos \_\_\_\_\_

Secundaria: Escuela Católica \_\_\_\_\_ Programa de Estudios Religiosos \_\_\_\_\_

Universidad: Institución Católica \_\_\_\_\_ Número de Créditos en teología \_\_\_\_\_

Estudio Graduados: Institución Católica \_\_\_\_\_ Número de Créditos en teología \_\_\_\_\_

Educación Religiosa para Adultos: cursos, talleres, seminarios a los cuáles asistió:

Tópico

Número de Horas

Tópico	Número de Horas

### Antecedentes Educativos

\_\_\_\_\_ Cuándo completó su Primaria?

\_\_\_\_\_ Cuándo completó su Secundaria?

Cuándo se graduó de la Universidad:

Especialidad \_\_\_\_\_ Nombre de la Universidad \_\_\_\_\_

### Otros Estudios y la Cantidad de Tiempo Dedicado a Ellos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Referencias

Favor de anotar dos referencias personales, preferiblemente de un jefe o supervisor, que lo conoce a Usted por 2 años or más.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

*Nota: estas personas seran contactada por la parroquia.*

*Nota: El Director/Coordinador proporcionarán al solicitante una copia de la Guía de Catequista y las responsabilidades.*

**Si las respuestas a cualquiera de las preguntas siguientes son "sí", explica por favor en la Forma de Información de Terminación:**

¿Jamás ha sido condenado usted de alguna ofensa criminal? Sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

le Tiene jamás tuvo a su voluntario o los servicios pagados terminaron en la iniciativa de cualquier parroquia, la escuela o la agencia? Sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si sí, da explicación en la *Información de Terminación*.

Tiene un reclamo civil o criminal jamás fue archivado contra usted alegando que descuido de niño o abusa de cualquier tipo? \_\_\_\_\_

le Tiene jamás fue terminado o disciplinado en su empleo para razones que relacionan a alegaciones de abuso físico o mala conducta sexual por usted? \_\_\_\_\_

le Tiene jamás fue acusada de, o investigado para, un acto de abuso o acoso sexuales de cualquier tipo? \_\_\_\_\_

*Yo por la presente certifico que la información que he proporcionado en Esta aplicación y algún documento conectado, son completo, verdadero y correcto según mi leal saber y entender. Yo también concuerdo que si cualquier acontecimiento ocurre que cambiaría las respuestas dadas arriba, yo informaré que inmediatamente a mi supervisor.*

*Comprendo que es mi responsabilidad de obedecer completamente con los Requisitos Seguros de Ambiente de la Archidiócesis de Nueva York dentro de 45 días de comenzar mi servicio con una institución Archidiocesana. Comprendo que estos requisitos incluyen someterse a un cheque del fondo y completar el Programa de capacitación Seguro apropiado de Ambiente.*

*Yo también comprendo que conformidad llena con estos requisitos es una condición de algún servicio o el empleo de voluntarios con una institución Archidiocesana que implica contacto regular con menores, y con que fracaso para obedecer tendrá como resultado mi ser impedido de cualquier contacto con menores en cualquier institución Archidiocesana.*

*Reconozco aún más que he recibido el Resumen de la Archidiócesis de la Política de Nueva York en la mala conducta Sexual y el Código de Conducto. Comprendo su significado, y concuerdo en realizarme de acuerdo con sus términos. Reconozco que la política no es pensada crear ninguna obligacióncontractual, el expreso ni implícito, en la parte de la Archidiócesis de Nueva York ni sus entidades afiliadas.*

---

Firma de Solicitante

---

Fecha

**Información de Terminación** (Solicitud para el Catequista y Asistente a Catequista)  
**Información Confidencial**

Parroquia \_\_\_\_\_

Candidato (a) \_\_\_\_\_

Razón por la cuál alguno de sus servicios anteriores fueron terminados:

Razón por la cuál alguna vez ha sido convicto por ofensa criminal:

\_\_\_\_\_  
*Firma de Candidato(a)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Pastor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## Información Para Urgencias Médicas del Catequista

*Información Confidencial que se debe mantener en el archivo de Catequista en un sobre cerrado y solo ser abierta en caso de emergencia*

Nombre del Catequista \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona que se puede llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

2 números de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor que se puede llamar: \_\_\_\_\_

Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

Condiciones Crónicas que puedan afectar el tratamiento (ejemplo diabetes)

Está tomando medicinas que pueden afectar el tratamiento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si sí, qué es el nombre de la medicina y el dosis?

Favor de especificar si es alérgico a alguna medicina o a otra cosa.

Hay algo más que el doctor o el personal de emergencia debe saber sobre usted?  
Por favor especifique.