

# Solicitud de ayuda mensual del fondo AMA

Application for AMA Monthly Assistance

## Concilio General de las Asambleas de Dios

General Council of the Assemblies of God

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
FULL NAME BIRTH DATE AGE

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_  
ADDRESS CITY STATE ZIP

**NÚMERO DE TELÉFONO** \_\_\_\_\_  
PHONE NUMBER

**DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:** \_\_\_\_\_  
E-MAIL:

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Que no sea su cónyuge)** \_\_\_\_\_  
EMERGENCY CONTACT (Other than your spouse)

**DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_  
EMERGENCY CONTACT E-MAIL:

**Número de teléfono (Que no sea su teléfono personal)** \_\_\_\_\_  
PHONE NUMBER (Other than your home phone #)

## A. ESTADO CIVIL

PERSONAL STATUS

**1. Casado**      **Vuelto a casar**      **Viudo**      **Divorciado**      **Separado**      **Soltero**      **(marque una)**  
Married      Remarried      Widowed      Divorced      Separated      Single      (check one)

**2. Nombre completo del cónyuge:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
Full name of spouse BIRTH DATE AGE

**3. Fecha completa de matrimonio** \_\_\_\_\_  
Full date of marriage

**4. Si ha fallecido, escriba la fecha completa de defunción** \_\_\_\_\_  
If deceased, give full date of spouse's death

**5. ¿En qué año recibió su ordenación del Concilio General?** \_\_\_\_\_ **¿Cuál distrito?** \_\_\_\_\_  
What year were you ordained with the General Council District?

**6. ¿A cuál distrito se encuentra afiliado hoy?** \_\_\_\_\_  
With what district are you now affiliated?

**7. ¿A cuál iglesia asiste?** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_  
What church do you attend? City State

**8. ¿Cuántos años ha servido en las Asambleas de Dios como ministro ordenado de las AD?** \_\_\_\_\_  
How many years did you serve the Assemblies of God in active ministry as an ordained AG minister?

**9. ¿Cuántos años sirvió su cónyuge junto a usted durante el ministerio activo?** \_\_\_\_\_  
How many years did your spouse serve with you during active ministry?

10. ¿Cuántos años han pasado desde que tuvo un ministerio activo? \_\_\_\_\_  
How many years since you have had an active ministry?

11. Razones de su actual inactividad \_\_\_\_\_  
Reasons for inactivity

## B. SITUACIÓN FAMILIAR

FAMILY STATUS

1. Haga una lista de todos sus hijos e hijas y provea la siguiente información de cada uno:  
List names of all your children and give the following information for each:

NOMBRE COMPLETO FULL NAME	EDAD AGE	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO STREET ADDRESS	CIUDAD CITY	ESTADO ST	CÓDIGO POSTAL ZIP

2. ¿Recibe ayuda financiera de sus hijos? Si la respuesta es sí, indique de qué manera:  
Are your children assisting you financially? If yes, please list how:

---

---

---

3. ¿Tiene hijos que dependen de usted?  
Do you have dependent children

Si la respuesta es sí, ¿cuántos de ellos? \_\_\_\_\_  
If yes, how many?

Edad de cada uno \_\_\_\_\_  
Ages

## C. SITUACIÓN FINANCIERA

FINANCIAL STATUS

1. **¿Ya recibe su pensión del Seguro Social?** \_\_\_\_\_ **Si la respuesta es no, ¿cuándo la recibirá?** \_\_\_\_\_  
Are you on Social Security now? If not Yes, then when?

2. **Mi (nuestro) ingreso MENSUAL de:**  
My (our) MONTHLY income from:

(a) **Beneficio mensual del Seguro Social** \$ \_\_\_\_\_ **Cónyuge** \_\_\_\_\_  
Social Security Monthly Benefit Spouse

**Pago Medicare PARTE B** \$ \_\_\_\_\_ **Cónyuge** \_\_\_\_\_  
PART B Medicare payment Spouse

(b) **Seguridad de Ingreso Suplementario** \$ \_\_\_\_\_ **Cónyuge** \_\_\_\_\_  
Supplemental Security Income (SSI) Spouse

(c) **IRA o distribución de jubilación** \$ \_\_\_\_\_ **Cónyuge** \_\_\_\_\_  
IRA or retirement distribution Spouse

(d) **Otro ingreso regular** \$ \_\_\_\_\_ **Cónyuge** \_\_\_\_\_  
Other regular income Spouse

**Describe el otro ingreso** \_\_\_\_\_  
Describe other income

3. **¿Ha postulado a ayuda de cualquier otra fuente? Si lo ha hecho, enumere cuáles:**  
Have you applied for assistance from any other sources? If so, please list:

\_\_\_\_\_

¿Tiene MEDICAID? \_\_\_\_\_ ¿PARTE D? \_\_\_\_\_ ¿Seguro suplementario? \_\_\_\_\_  
Do you have MEDICAID? PART D? Supplemental insurance?

4. **Mis (nuestras) INVERSIONES ACTUALES:**  
My (our) CURRENT INVESTMENTS:

(a) **¿Es dueño de su casa?** \_\_\_\_\_ **¿Alquila?** \_\_\_\_\_ **¿Vive con sus hijos o con familiares?** \_\_\_\_\_  
Do you own your home? Rent? Live with children or relatives?

(b) **Si es dueño de la casa donde vive, ¿está pagada?** \_\_\_\_\_  
If you live in your own home, is it paid for?

(c) **¿Es dueño de otros bienes raíces?** \_\_\_\_\_ **Describe el tipo de propiedad (campo, casa, etc.)** \_\_\_\_\_  
Do you own other real estate? Please describe property (farm land, house, etc.)

\_\_\_\_\_

**¿Está alquilando esta propiedad a alguien?** \_\_\_\_\_ **Si lo está haciendo, ¿cuánto cobra por mes?** \_\_\_\_\_  
Are you renting this property to someone? If yes, for how much monthly?

(d) Enumere el saldo de sus cuentas: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
List all account balances: (cheques) (ahorros) (MBA o jubilación)  
(checking) (savings) (MBA or retirement)

(e) ¿Tiene seguro de vida? ( ) sí ( ) no Si lo tiene, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  
Do you have life insurance? yes no If yes, how much?

¿Por la vida de su cónyuge? ( ) sí ( ) no Si lo tiene, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  
On your spouse's life? yes no If yes, how much?

**NOTA: Nuestra recomendación es que tenga algunos ahorros, seguro, etc. en caso de posibles emergencias.**  
NOTE: We encourage having some savings, insurance, etc. for possible emergencies

Comentarios o preguntas: \_\_\_\_\_  
Comments or Questions:

**Usted debe incluir un copia de una carta de su actual Beneficio de Seguro Social para cada postulante.**  
**Si recibe fondos de SSI, también debe incluir una copia de esa carta.**  
You must include a copy of your current Social Security Benefit Letter for each applicant.  
If you receive SSI funds, you must also include a copy of that letter.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT DATE

**Enviar por correo electrónico a**  
**ama@ag.org, o enviar por correo postal a**  
Email to ama@ag.org, or mail to

**AMA, General Council of the Assemblies of God**  
**1445 N. Boonville Ave., Springfield, MO 65802-1894**

**Teléfono: 417-862-2781, ext. 2184** **Correo electrónico: ama@ag.org** **Página web: www.ama.ag.org**  
Phone E-mail Website