

PARISH REGISTRATION

Welcome Home!



St. Catherine of Siena
Catholic Church

FOR OFFICE ONLY

FAMILY NAME: _____ RESIDENCY (check one): Year-Round Seasonal (Which Months?) _____ #: _____

STREET ADDRESS: _____ APT/LOT _____ CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____

CELL PHONE: _____ HOME PHONE: _____ EMERGENCY CONTACT: _____ (phone:)

PREVIOUS CATHOLIC PARISH (if any): _____ CITY/STATE: _____

If this is a Registration for a married couple &/or family, were you married by a CATHOLIC PRIEST or DEACON? Yes No

→ For "YES"NAME OF PARISH where you were married: _____ CITY/STATE/ZIP CODE: _____

Would you like to receive OFFERTORY ENVELOPES? Yes No I will do Paperless Online Giving  (Go to SCOSparish.org/Online-Giving to begin)

FIRST NAME / MIDDLE NAME	EMAIL (if any)	GENDER (M/F)	ETHNICITY	DATE OF BIRTH	BAPTIZED CATHOLIC? (Yes or No)	FIRST COMMUNION? (Yes or No)	CONFIRMATION? (Yes or No)	MARITAL STATUS**
Head of Household:								
Spouse (if any):								
Children***: <i>(Provide Last Name if different than Family Name)</i>								

** Marital Status: Married, Single, Widowed, Divorced, Separated ***Children over 25 yrs old and other adults living in home are to register separately

- If anyone listed above is HANDICAPPED and/or in need of HOMEBOUND COMMUNION please specify who: _____
- If there is anyone in this registration interested in our PROGRAMS or MINISTRIES, please specify : _____

REGISTRO PARROQUIAL

¡Bienvenido a nuestra comunidad!



St. Catherine of Siena
Catholic Church

PARA LA OFICINA

#: _____

EL NOMBRE DE FAMILIA: _____ RESIDENCIA Todo el Año Temporal (¿Cual Meses?) _____

DIRECCIÓN: _____ NUMERO DEL APARTAMIENTO: _____ CIUDAD/ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO (CELULAR): _____ DE CASA: _____ CONTACTO DE EMERGENCIA:(nombre) _____ (numero de telefono) _____

PARROQUI CATÓLICA ANTERIOR (si alguna): _____ CIUDAD/ESTADO: _____

Si esta es un inscripción de una pareja o de familia, ¿fue casado por un SACERDOTE CATÓLICO o un DIACANO? Sí No

→ Si indicó que "sí", ¿cuál es el NOMBRE DE LA PARROQUIA DONDE SE CASO? _____ CIUDAD/ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿Quisiera recibir SOBRES DE OFERTORIO? Sí No Haré donaciones En Línea Sin Papel  (Ir a SCOSparish.org/Online-Giving para comenzar)

NOMBRE Y SEGUNDO NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO (si alguna)	GÉNERO (M/F)	ETHNICIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	¿BAUTIZADO CATHOLICO? (Sí o No)	¿PRIMERA COMUNIÓN? (Sí o No)	¿CONFIRMACIÓN? (Sí o No)	ESTADO CIVIL **
Jefe de Hogar:								
Esposa (si alguna):								
Los niños***: <i>(Proporcione el apellido si es diferente al apellido de la familia)</i>								

** Los Estados Civiles: Casado, Soltero, Viudo, Divorciado, Separado *** Los niños mayores de 25 años y otros adultos que viven en casa deben registrarse por separado

• Si alguna es de las personas mencionadas anteriormente esta DISCAPACITADA o necesita COMUNIÓN EN EL HOGAR, especifique quien:

• Por favor especifique cuál de nuestros MINISTERIOS o PROGRAMAS cualquiera de los mencionados anteriormente se encuentra en: