

REPORTE DEL PRESIDENTE LOCAL DE MNI

Nombre de la iglesia _____		Año Eclesiástico _____	
	MIEMBROS DE MNI		REPORTE
	Por favor entregue al pastor los totales de 1 y 2		
1	Miembros de MNI (miembros de la iglesia—incluya a niños, jóvenes y adultos)		
2	Asociados de MNI (miembros no pertenecientes a la iglesia— incluya a niños, jóvenes y adultos)		
	MISIÓN PRIORIDAD UNO	METAS	
3	ORANDO: oró por la misión	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	DISCIPULANDO: mentoreó a niños/jóvenes en la misión	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	DANDO: Envío el 5.5% del ingreso actual al Fondo de Evangelismo Mundial (FEM)	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	EDUCANDO: Participó en educación de la misión (ver la hoja de Instrucciones para Presidentes Locales para más detalles)	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	¿Es usted una iglesia Misión Prioridad Uno ? (Si, si las líneas 3, 4, 5 y 6 son si)	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	IGLESIA DE EXELENIA EN EVANGELISMO MUNDIAL		
8	Envío al menos 5.7% del ingreso actual al Fondo de Evangelismo Mundial o el equivalente a \$1,500 adicional al 5.5% (lo que sea menor)	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	PARTICIPACIÓN ADICIONAL EN LA MISIÓN		
9	Envío la ofrenda de Alabastro	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Envío la ofrenda de Transmisiones de Misión Mundial	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Participación en Cuidado Misionero (ESLABONES, Lista Memorial, Premio por Servicio Distinguido)	Si	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Apreciamos la participación de su iglesia local en todas las otras áreas de la misión ej. Ministerios Nazarenos de Compasión, y otros ministerios de la misión. Por favor describa simplemente en una página separada cualquier forma inusual en que su congregación apoya a la Gran Comisión y a misiones Nazarenas.</p>			
PRESIDENTE DE MNI PARA EL NUEVO AÑO ECLESIASTICO (aún si no hubo cambio)			
Nombre	_____	Teléfono casa	_____
Dirección	_____	Teléfono Cel.	_____

Ciudad	_____	Provincia	_____
E-Mail	_____	Código postal	_____
		Fax	_____

FIRMA _____

Presidente Local de MNI (o persona que llenó el reporte)

Fecha _____