

# Temple Sholom of Ontario

Phone (909) 983-9661  
 Fax (909) 983-9662  
 TempleSholomOfOntario.org

P.O. Box 1487, 963 West Sixth Street  
 Ontario, California 91762-1487  
 Secretary@TempleSholomOfOntario.org

## Membership Information / Información de miembro

Family Name /Apellido: \_\_\_\_\_

Home Address/ Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Phone / Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Mobile Phone / Teléfono Mobile: \_\_\_\_\_

Current Marital Status / Estado Civil Actual: (circle one) Single   Divorced   Separated   Widowed

Date of Marriage (Fecha de Casamiento) \_\_\_\_\_

	<b>Adult - Member 1</b> (Hombre/Mujer)	<b>Adult - Member 2</b> (Hombre/Mujer)
Salutation / Saludo (Dr., Mr., Mrs., Ms., etc.)		
First Name / Primer nombre		
Date of Birth / Fecha de Nacimiento		
Occupation or Profession / Ocupación		
Hebrew Name / Nombre Hebreo	_____ ben/bat _____ (father/ padre)  v' _____ (mother/madre)	_____ ben/bat _____ (father/ padre)  v' _____ (mother/madre)
Cell Phone / Teléfono Mobile		
E-mail		

Persons to Contact in case of Emergency (Contactos de Emergencia):

Name / Nombre \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Relationship / Relación \_\_\_\_\_

Name / Nombre \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Relationship / Relación \_\_\_\_\_

Name / Nombre \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Relationship / Relación \_\_\_\_\_

Children (Niñas o Niños):

	1	2	3
First Name / Primer Nombre			
Middle Name / Segundo Nombre			
Last Name, if different / <u>Apellido</u>			
Hebrew Name / Nombre Hebreo	<hr/> ben/bat _____ (father / padre)	<hr/> ben/bat _____ (father / padre)	<hr/> ben/bat _____ (father/ padre)
	v' _____ (mother / madre)	v' _____ (mother / madre)	v' _____ (mother / madre)
Date of Birth / Fecha de Nacimiento			
Male or Female / Masculino o Femenino	M / F	M / F	M / F

Signature / Firma: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Signature / Firma: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Do you have any Yahrzeit memorials for which you want us to send notices? If yes, please provide the following information:

(¿Tiene algún monumento conmemorativo de Yahrzeit sobre el cual desea que le enviemos avisos? En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:)

First Name / Primer Nombre			
Last Name / Apellido			
Hebrew Name / Nombre Hebreo	_____	_____	_____
	ben/bat _____ (father / padre)	ben/bat _____ (father / padre)	ben/bat _____ (father/ padre)
	v' _____ (mother / madre)	v' _____ (mother / madre)	v' _____ (mother / madre)
Date of Death / Fecha de Muerte			
Day or Night / Día o Noche	D / N	D / N	D / N
Relationship to Applicant / Relación con la solicitante			

First Name / Primer Nombre			
Last Name / Apellido			
Hebrew Name / Nombre Hebreo	_____	_____	_____
	ben/bat _____ (father / padre)	ben/bat _____ (father / padre)	ben/bat _____ (father/ padre)
	v' _____ (mother / madre)	v' _____ (mother / madre)	v' _____ (mother / madre)
Date of Death / Fecha de Muerte			
Day or Night / Día o Noche	D / N	D / N	D / N
Relationship to Applicant / Relación con la solicitante			