



2010-11 NFADB Aplicación de Miembros

Su Información Personal		
Nombre:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	

Información acerca del individuo que es sordo-ciego	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Relación con Ud:	
Causa de la sordo-ceguera:	

Información acerca de su asociación (Indique los cuadros seleccionados)
Favor seleccione el tipo de miembro deseado: 1 año - \$15 <input type="checkbox"/> 3 años - \$35 <input type="checkbox"/> De por vida - \$100 <input type="checkbox"/>
Doy permiso de usar mi correo electrónico para incluir en el listserv de NFADB. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Doy permiso para compartir mi nombre con otras familias que tienen un miembro de familia con un diagnóstico, discapacidad o retos similares al nuestro. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Como le gustaría recibir el boletín informativo de NFADB? Correo electrónico <input type="checkbox"/> Por correo regular <input type="checkbox"/>
Prefiere su material en: Letras grandes <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/>

Favor haga sus cheques a nombre de NFADB y envíe su aplicación de nuevo miembro y el pago a:

NFADB Miembros
141 Middle Neck Road
Sands Point, NY 11050-1129

Por preguntas, favor llamar a Lori al 1-800-255-0411 o NFADB@aol.com