



DSAWM Formulario de membresía

Fecha _____

Información del padre o tutor

Nombre _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

¿Quieres recibir nuestra boletín informativo en línea semanal? Sí No

Información del esposo/a

Nombre _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

¿Quieres recibir nuestra boletín informativo en línea semanal? Sí No

Dirección

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Condado _____ Distrito escolar _____

Información de persona con síndrome de Down

Nombre _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

¿Cuál describe mejor a la persona con síndrome de Down?

- Asiático o isleño del Pacífico
- Afroamericano
- Hispano o Latino
- Nativo americano

- Caucásico
- Multiracial or mestizo
- Otro _____
- Prefiere no responder

Por favor, continúe en la parte posterior de esta página.



DSAWM Formulario de membresía

Permiso de fotografía

DSAWM toma fotografías en muchos de los eventos de miembros, actividades y reuniones. Adicionalmente, cada año DSAWM hace una llamada a miembros para la sumisión de sus propias fotos. Las fotos se pueden utilizar en la comercialización o materials promocionales, boletín de noticias DSA Press, medios sociales o en la página de web del DSAWM.

- Doy permiso al DSAWM para el uso de las fotos de mi niño(a), mi familia y/o de me.
- No doy permiso al DSAWM para el uso de las fotos de mi niño(a), mi familia y/o de me.

Opciones de miembro

- Esta es un Nueva membresía Renovación de membresía
- Tipo de membresía Pago automático anualmente* Membresía de 1 año
- Nivel de membresía Familia o individuo en el área de membresía (\$25) Familia o individuo fuera del área de membresía (\$20)
- Donación adicional \$ _____
- TOTAL \$ _____

**Por favor debe pagar con una tarjeta de crédito. Las cuotas se cobrarán anualmente.*

Información de pago

- Forma de pago Efectivo Cheque Tarjeta de crédito

Escriba su cheque a nombre DSAWM.

Número de tarjeta _____

Código _____ Fecha de exp. _____

Firma _____

- No puedo pagar este año pero quiero continuar con mi membresía de DSAWM.

¡Gracias por su membresía con DSAWM! Por favor, devuelve este formulario a:

DSAWM
160 68th St. SW, Suite 110
Grand Rapids, MI 49548



Down Syndrome Association of West Michigan
160 68th St. SW, Ste. 110, Grand Rapids, MI 49548
616-956-3488 | www.dsawm.org