



# Formulario de Membrecia de IMPACT

Apoyo para Familias de California con hijos/as Sordos/as o Duros de Oído.

Infórmese..... Únase a IMPACT Ahora!

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Miembro Nuevo/Renovar

Título: \_\_\_\_\_

Nombre de otro Adulto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ -  
\_\_\_\_ V/TTY \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_  
Role/Posición \_\_\_\_\_

Afiliación Primaria: \_\_\_ Padre \_\_\_ Estudiante \_\_\_ Negocios \_\_\_ Organización  
\_\_\_ Legislador \_\_\_ Profesional  
\_\_\_ Otro/Comentarios \_\_\_\_\_

Segunda Afiliación: \_\_\_\_\_

- Tengo preguntas y me gustaría hablar con padres que tenga un hijo/a sordo/a o duro de oído.
- Me gustaría mas aprender acerca de como ser voluntario de IMPACT y sus oportunidades
- Favor de mandar me un paquete de información de IMPACT incluyendo una forma de Membresía

Nombre \_\_\_\_\_ Relacionado a mi \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Mejor manera de contactarse conmigo \_\_\_\_\_ Mejor Tiempo \_\_\_\_\_

Mis intereses y habilidades son \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necesito Apoyo para poder ayudar un niño/a sordo/a o duro de oír \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aqui esta mi contribucion:  
\_\_\_ Advocate \$500 \_\_\_ Supporter \$200 \_\_\_ Boaster \$100 \_\_\_ Familia \$50 \_\_\_ Individual \$30

Favor de hacer su cheque a; **IMPACT**  
IMPACT Treasurer Bambi Mejorado  
34130 Gannon Terrance, Fremont California 94555

Visite nuestra pagina de Internet para mas información; deafkids.org or call 1-877-322-7299