

Año de Membresía
(8/1/_____ - 7/31/_____)

Por favor de llenar el año apropiado de la membresía. (Ej. 8/1/06 - 7/31/07)



MIEMBRO / RENUEVA APLICACIÓN

La cuota de membresía se vence cada agosto

NOMBRE _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

Nombre del individuo (con síndrome Down) _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre hermano(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre hermano(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre hermano(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre hermano(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre hermano(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

- Adjunta va la cuota de \$15.00 para la membresía
- Aquí está mi donación deducible de impuestos para CSDSA
- Estoy solicitando una beca de \$15 para mi cuota de membresía

Me gustaría recibir mi boletín mensual de CSDSA por correo electrónico (formato pdf)

Por favor envíe la aplicación y la cuota de membresía a la siguiente dirección:

CSDSA P.O. Box 2364 Colorado Springs CO 80911

CSDSA es una organización sin fines de lucro registrada en el estado de Colorado, con estatus 501(c) (3).

Tenga en cuenta que la información se pondrá a disposición de los miembros actuales del consejo de administración de CSDSA y comités de CSDSA para el uso en la realización de negocios.

CSDSA use only: Date Received: _____ Check Number: _____