



## FORMULARIO DE AFILIACION

Ser miembro del Centro de Eastern Pennsylvania Down Syndrome Center (EPDSC) le conecta a una red de apoyo de gente con el síndrome de Down, programas para gente con síndrome de Down, y recursos para familias, la comunidad y profesionales. También, ud va a desempeñar un papel importante en formar el futuro del centro cuando estaremos en contacto con los miembros frecuentemente para información y opiniones suyos .

**Favor de llenar la información aquí, escoger su paquete de afiliación y devolver este formulario a [theepdsc@gmail.com](mailto:theepdsc@gmail.com). Se puede pagar por PayPal a [www.epdsc.net](http://www.epdsc.net) o mandar el formulario por correo postal.**

Fecha de hoy : \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Nombres de los miembros de su familia quien se incluyen en la afiliación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número del celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

La información siguiente es OPCIONAL y será mantenida confidencial: Solo la utilizaremos cuando aplicamos para fondos:

Raza: \_\_\_\_\_ Cuantos viven en casa: \_\_\_\_\_ Ingreso da familia: \$ \_\_\_\_\_ /Año

Como prefieres recibir tus noticias : Correo Electrónico    US Correo Postal    Ambos

Favor de escoger la afiliación que Ud. le gustaria :    Expiración de la Afiliación: \_\_\_\_\_

- Afiliación de Familia (\$30)
- Afiliación de la vida (\$300)
- Miembro del committee (\$20)
- Miembro de la Junta (GRATIS)
- Padres nuevos y expectativos (GRATIS)
- Miembro de Comunidad (GRATIS)
- Quiero incluir una donación de \$ \_\_\_\_\_ con mi afiliación

Si aplique, por favor, dínos de alguien en su casa con Síndrome de Down:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Su Relación a esta persona: \_\_\_\_\_