



**NATIONAL FAMILY
ASSOCIATION
FOR DEAF-BLIND**
Empowering Families with
Individuals who are Deaf-Blind

SOLICITUD DE MEMBRESIA (o inscribese en línea en NFADB.org)

Información Sobre Usted

Nombre(s):

Organización/Agencia:

Dirección :

Ciudad, estado, código postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Información sobre el miembro de Familia que es Sordo-ciego (si corresponde)

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Relación con usted:

Causa de la Sordo-ceguera:

Tipos de Membresía

Individuo/Familia:

1 – ano: \$15.00

3 – anos: \$35.00

Toda la Vida: \$100.00

Tipos de Membresía (cont.)

Organización/agencia:

- 1 – ano: \$100.00
- 3 – anos: \$250.00

Yo/nosotros damos permiso de compartir nuestra información de contacto con otros miembros de NFADB:

- Si, toda la información
- Solo correo electrónico
- Solo numero de teléfono
- No, por favor no comparta

Por favor envíe esta solicitud y el cheque a nombre de NFADB a:

NFADB Membership
PO Box 1667
Port Washington, NY 11050

Para preguntas llame a Patti McGowan patti@nfadb.org

NFADB es una asociación sin ánimo de lucro, 501(c)(3) . Todas las donaciones y cuotas de membresía son deducibles de impuestos dentro del alcance de la ley