

Solicitud de Membresía



Soy un:

- Nuevo Miembro Miembro Renovando

Me Lista Como:

- Individual Representante de Una Organización Oficial Elegido

Marque UNA categoría que mejor describa el área que representa:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jóvenes | <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> Negocio | <input type="checkbox"/> Medios de Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Escuelas | <input type="checkbox"/> Profesional de Salud | <input type="checkbox"/> Aplicación de Ley | <input type="checkbox"/> Organización de Voluntarios/Cívica |
| <input type="checkbox"/> Organización Religiosa/Fraternal | <input type="checkbox"/> Organización de Servicio a Jóvenes | <input type="checkbox"/> Gobierno Estatal/Local/Tribal | <input type="checkbox"/> Organización de Abuso de Sustancias |

Me gustaría participar en los siguientes grupos de trabajo:

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio de Política a Nivel Comunitario | <input type="checkbox"/> Cambio de Política de Negocios/Organizaciones | <input type="checkbox"/> Normas Sociales de Padres/Residentes | <input type="checkbox"/> Normas Sociales de Jóvenes | <input type="checkbox"/> Solamente Suscriptor a Lista de Correo Electrónico |
|---|--|---|---|---|

Información de Contacto

Nombre: _____ Título: _____

Organización: _____

Dirección de Casa o Trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Talla de Camiseta: _____

- Agregue mi nombre a la lista pública de miembros

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| Mejor manera de comunicación: | <input type="checkbox"/> Llamada | <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |
| Mejor tiempo para contactarle: | <input type="checkbox"/> En la Mañana | <input type="checkbox"/> En la Tarde | <input type="checkbox"/> En la Noche |

¿Con cuales otras organizaciones en Ashland y Cherryland está involucrado/a? (Ejemplo: Padres Unidos, etc.)

¿Qué habilidades/talentos puede aportar a nuestro trabajo de la coalición?

Doy mi consentimiento para que Ashland Cherryland Together use mi nombre para propósitos de reportes confidenciales a la beca y autorizo el uso de mi información de contacto, incluyendo dirección de correo electrónico, para que me envíe información relacionada a las actividades de la coalición.

Firma

Fecha