

MEMBRESÍA

Si desea hacerse miembro de nuestra asociación, por favor aporte la siguiente información y mándela con su cheque o "money order" a:
FUERZA, Inc., 1340 E. McWood Street - West Covina, CA 91790

Fecha: ____/____/____ Telefono:(____)_____

Apellido: _____ Nombre: _____

Número: _____ Calle: _____ Apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de su hijo(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Discapacidad de su hijo(a): _____ Centro Regional _____

- Acompaño cuota anual (\$25.00)
- Deseo donar \$_____ para cubrir gastos de FUERZA, Inc.
- Amigo de FUERZA, Inc. (\$50.00)