

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)