

STATEN ISLAND DEVELOPMENTAL DISABILITIES COUNCIL

The Elizabeth Connelly Resource Center
930 Willowbrook Rd., Building 41A
Staten Island, New York 10314

Teléfono: (718) 983-5276 Correo Electrónico: Contactsiddc@siddc.org Fax: (929)-308-0017 Página Web: www.siddc.org

Formulario de Membresía 2023 – 2024

Nombre: _____ Fecha: _____

Es usted un: Defensor _____ Padre/Cuidador _____ Profesional _____ Otro _____

Diagnóstico del Individuo _____ Edad del Individuo _____

¿Es usted un nuevo miembro? Si _____ No _____

Si es Agencia, Por Favor indique Un Representante Primario y Uno Alterno

Nombre de la Agencia: _____

Nombre del Representante Primario: _____

Nombre del Representante Alterno: _____

Correo Electrónico del Representante Alterno: _____

Dirección de Correo: _____

Piso: _____ Apartamento: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Zip: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Tarifas de Membresía Anual (Haga los cheques pagaderos a la SIDDC)

Seleccione la categoría de membresía aplicable a continuación:

_____ \$100.00	Agencia	Puede tener muchos miembros participantes, pero debe designar a un representante primario y a un alterno (que vota durante la ausencia del primario)
_____ \$100.00	Membresía Vitalicia	Tiene derecho a votar en los asuntos de por vida
_____ \$25.00	Vendedor	Un miembro sin voto
_____ Tarifa Eximida	Defensor	Tiene derecho a un voto en los asuntos
_____ \$10.00	Padre/Cuidador	Tiene derecho a un voto en los asuntos
_____ \$10.00	Individuo	Tiene derecho a un voto en los asuntos. Para calificar a esta categoría la persona debe demostrar compromiso con la misión de la SIDDC
_____ Tarifa Eximida	Asociado	Un miembro si voto. (por ejemplo, miembro de familia, asociado de agencia)

Seleccione el comité en el cual le gustaría servir:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Servicios Adultos | _____ Educación | _____ Calidad de Vida Residencial |
| _____ Defensa | _____ Feria de Recursos Familiares y Transición | _____ Apoyos Autodirigidos |
| _____ Administración de Cuidado | _____ Concejo de Asesoría de Servicios de Apoyo Familiar | _____ Legado de Willowbrook |
| _____ Alcance Comunitario | _____ Servicio de Salud y Clínico | |

¿Cómo se enteró de la SIDDC? _____

Para Uso Oficial Únicamente: Recibido: _____ Ingresado: _____