

Las membresías familiares le permiten agregar hasta cinco miembros por grupo familiar.

Complete la información en las casillas a continuación para cada miembro de la familia incluido en esta membresía.

\*NOTA: La última columna es OPCIONAL, pero nos ayudará en el desarrollo del programa y en la adquisición de subvenciones.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO Y PAGO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Los boletines informativos por correo electrónico se envían aproximadamente una vez al mes para mantenerlo actualizado sobre eventos y noticias. No vendemos ni compartimos su información de contacto.

Sí, deseo recibir mensajes de texto y recordatorios.

(Marque la casilla si NO desea recibir actualizaciones semanales por correo electrónico)

\$ \_\_\_\_\_ Cargos de membresía

\$ \_\_\_\_\_ Donación opcional

\$ \_\_\_\_\_ TOTAL

N.º de tarjeta

MC  VISA

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento (MM/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Efectivo

Cheque adjunto ( pagadero a Autism United of Wisconsin )

Tarjeta de crédito

Exención (se requiere información adicional)

**PERSONA QUE RECIBE LA EXENCIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día/mes/año) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DEL CONDADO**

Nombre \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE MEMBRESÍA INDIVIDUAL/FAMILIAR**

NOMBRE	Mes y año de nacimiento del solicitante y de cada miembro	Este miembro de la familia es... P (padre/cuidador) A (en el espectro) N (otra necesidad especial) S (hermano) F (amigo/familiar) X (otro/elijo no especificar)	OPCIONAL La raza/origen étnico del familiar es... AF (afroamericano/negro) AS (asiático o isleño del Pacífico) LA (latino/hispano) NA (índigena estadounidense) CA (caucásico/blanco) O (Otro) X (elijo no responder)
SOLICITANTE			
1. FAMILIAR ADICIONAL			
2. FAMILIAR ADICIONAL			
3. FAMILIAR ADICIONAL			
4. FAMILIAR ADICIONAL			
5. FAMILIAR ADICIONAL			

Envíe por correo postal el formulario de membresía, los cargos y las donaciones a:  
**Autism United of Wisconsin**  
 3720 N. 124th Street, Suite O  
 Wauwatosa, WI 53222

Escanee el código QR con la cámara de su teléfono si prefiere completar este formulario digitalmente.



Para obtener más información, llame al (414) 988-1260 o envíe un correo electrónico a [info@autism-united.org](mailto:info@autism-united.org)

Las membresías son renovables anualmente en su mes de aniversario.

# ¡CONVIÉRTASE EN MIEMBRO!



Nuestra misión es mejorar las vidas de todos los afectados por el autismo. Al convertirse en miembro, ayuda a apoyar esta misión y un mundo de beneficios se abre a usted y a su familia. Lo mantenemos informado con comunicaciones y actualizaciones regulares y le proporcionamos una red de apoyo para que nunca se sienta solo.

¡Conviértase en miembro hoy mismo!

Escanee el código QR con la cámara de su teléfono para vincularlo a nuestra solicitud de membresía.



**Estos son solo algunos de nuestros increíbles beneficios para miembros:**

Por el costo de una membresía familiar anual de \$40, los miembros de Autism United of Wisconsin reciben descuentos sustanciales en muchos de los más de 20 eventos que se realizan en un año típico, así como descuentos en una selección de otras conferencias y programas. Los miembros también reciben acceso exclusivo a nuestra Biblioteca de préstamos, una de las bibliotecas de recursos relacionados con el autismo más grandes del estado. Ofrece una gran cantidad de materiales, incluidos libros, grabaciones de audio, DVD, información de investigaciones y materiales para conferencias.



## Solicitar un kit para principiantes en el autismo

¿Está interesado en un kit GRATIS para principiantes en el autismo?

Complete el formulario en la página [autism-united.org/recently-diagnosed](http://autism-united.org/recently-diagnosed) de nuestro sitio web para solicitar su kit hoy mismo.

