

BIND CLUBHOUSE Solicitud para Hacerse Socio

Nombre: _____ Teléfono #: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ País: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod Postal: _____
 Correo Electrónico: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono#: _____
 ¿Tienes un Guardian? _____ Nombre Y Teléfono: _____

Tipo de lesión cerebral: _____ Edad al tiempo de la lesión: _____
 ¿Cómo y cuándo paso la lesión cerebral? _____

 ¿Qué tipo de limitaciones tienes por la lesión cerebral? _____

Completa lo siguiente:	SI	NO
¿Estas empleado?		
¿Eres voluntario en otra organización?		
¿Tienes empecimiento al oír o la visión?		
¿Quieres participar en una comunidad de trabajo?		
¿Tienes transporte disponible?		
¿Necesitas asistencia con el transporte?		
¿Utiliza algún tipo de dispositivo de asistencia?		
Tipo:		
¿Puedes ir al baño solo?		
¿Es independiente en el manejo de los medicamentos?		

¿Qué te gustaría lograr como miembro de nuestro club?

Mejorar la habilidad Socializar Volver al trabajo Voluntario Ser más activo
 Otro _____

Cuales días puedes asistir:

L Ma Mi J V

¿Cómo escuchaste de BIND? _____

Firma de miembro _____ Fecha _____