

Nombre: _____ *¿Cómo escuchaste de BIND?:* _____

Dirección: _____ Apto. #: _____

Ciudad/Estado: _____ Cod Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono #: _____ Condado: _____

Correo Electrónico: _____ (circule uno) .com .edu .gov .net .org

¿Cuál es tu preferencia? (circule uno) Correo Electrónico Teléfono

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: _____

¿Tienes un Guardian? (Nombre y Teléfono #): _____

Tipo de lesión cerebral: _____

¿Cómo y cuándo paso la lesión cerebral?: _____

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

BIND Clubhouse – Solicitud para Hacerse Socio

| Completa lo siguiente: | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Estas empleado o eres voluntario? | | |
| ¿Tienes empecimiento al oír o la visión? | | |
| ¿Quieres participar en una comunidad de trabajo? | | |
| ¿Utiliza algún tipo de dispositivo de asistencia? Tipo: _____ | | |
| ¿Puedes ir al baño solo? | | |
| ¿Es independiente en el manejo de los medicamentos? | | |
| ¿Alguna vez has servido en el ejército o en las reservas militar? | | |
| ¿Tienes un administrador de casos de DARS/TWC? | | |

¿Cuál es tu método de transporte?

- Mismo/a (Licencia de conducir)
- Paratransit o DART
- Uber, Lyft, Bubbl
- Otro: _____

¿Qué te gustaría lograr como miembro de nuestro club?

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

 Firma de miembro (o Guardian)

 Fecha