

FEAT/RI
Familias para el tratamiento efectivo del autismo de RI

Aplicacion para membresia

Fecha: _____ Nuevo miembro: _____ Renovacion: _____

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Telefono: Casa: _____ Trabajo: _____

Fax: _____ Email: _____

Relacion con el autismo:

Padre/madre: _____ Familiar: _____ Profesional: _____

Otro: _____

Nombre del niño: _____ Cumpleaños/edad: _____

(opcional)

Afiliacion de agencia/ Proveedor de ABA: _____

Por favor indique programas o ideas que le gustaria que FEAT desarrollase

Precio de membresia (deducible de impuestos)

Padres/familiares/estudiante.....\$35

Individuo profesional.....\$50

Grupo o agencia profesional.....\$150

Envíelo a: FEAT/RI – P.O. Box 8460 – Cranston, RI 02920