



Solicitud de Membresía Anual/ Annual Membership Application

Año Fiscal 2005-2006/Fiscal Year 2005-2006

Miembro #/Member # _____

Miembro de Nuevo Ingreso/New Member Renovación/Renewal Cambio de Dirección/Change of Address

Nombre Completo/Full Name _____

Fecha de Nacimiento/Birth date (d/m/a) _____

Dirección Postal/Postal Address _____

Ciudad, Estado, y Código postal/City, State and Zip code _____

Correo electrónico/E-mail _____

(_____) _____ V TTY
Teléfono Residencial/Home Phone

(_____) _____ V TTY
Teléfono Alternativo/Alternate Phone

(_____) _____
Celular/Cellular phone

(_____) _____
Facsimile/Fax

Localizador/Pager _____

Categorías/Categories (Seleccione una/Check one)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado/Certified Cuota \$25.00/Fee \$25.00 Intérpretes que estén certificados por el RID a nivel Nacional. (Tiene derecho al voto)/ For certified Interpreters by the National RID. (Voting Member) | <input type="checkbox"/> Asociado/Associate Cuota \$20.00 /Fee \$20.00 Intérprete que no posea certificación ó Profesionales relacionados al campo de la Sordera. (Tiene derecho al voto) / For non-certified Interpreters or Professionals involved in the Deafness field. (Voting Member) | <input type="checkbox"/> Apoyo/Support Cuota \$15.00/ Fee \$15.00 Todos aquellos que no estén relacionados al campo de la Sordera. (No tienen derecho al voto) / For those who want to support PRRID but are not involved in the Deafness field. (Non voting member) |
| Opcional/Optional <input type="checkbox"/> Quiero que mi nombre aparezca en el directorio de intérpretes (Iniciales requerido) <i>I want my name to appear in the interpreter's directory (Initials required) _____</i> | | |

Métodos de Pago/Payment Methods

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cheque/Check # _____ | <input type="checkbox"/> Giro/Money Order # _____ | <input type="checkbox"/> Efectivo/Cash |
| *** (PARA MIEMBROS DE NUEVO INGRESO SOLAMENTE/ FOR NEW MEMBERS ONLY) *** Si usted ingresa del 01/2006 a 06/2006 paga sólo la mitad/ If you join between 01/2006 and 06/2006 pay only half. | | |

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las premisas del Código de Ética.
I have read, understood and agree to adhere to the RID Code of Ethics.

Firma del Solicitante/Applicant's Signature _____

Fecha/Date (d/m/a) _____

La información en el siguiente encasillado es voluntaria y será usada para fines estadísticos solamente.
The following information is voluntary and will be use for statistical purposes only.

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sordo/Deaf | <input type="checkbox"/> Oyente/Hearing | <input type="checkbox"/> Femenino/Female |
| <input type="checkbox"/> Sordo Parcial/Hard of Hearing | <input type="checkbox"/> Hijos de Padres Sordos/CODA | <input type="checkbox"/> Masculino/Male |
| <input type="checkbox"/> Intérprete Independiente/Freelance Interpreter | <input type="checkbox"/> Profesional de otro campo/Other professional | |

Favor de enviar ésta solicitud a la siguiente dirección/Please send this application to the following address:
PRRID PO Box 366635 SAN JUAN PR 00936-6635 Teléfono/Telephone (787) 529-1584
prrid@hotmail.com, www.puertoricorid.org

Recibido por: _____

Fecha: _____