

IDAHO COMMUNITY ACTION NETWORK

La Red De Acción Comunitaria De Idaho

3450 Hill Rd. ~ Boise, Idaho 83703 ~ (208) 385-9146 ~ Fax (208) 336-0997

FORMA ANUAL DE MEMBRESÍA

La Red de Acción Comunitaria de Idaho (ICAN) esta dedicada a proveer una voz a la gente que esta comprometida a un cambio social progresivo. Aspiramos construir el poder necesario para realizar estos cambios. Como miembro de ICAN usted tendrá la oportunidad de ayudar a personas de bajos recursos a salir de la pobreza por medio de sus propios esfuerzos. Además, tendrá la oportunidad de informarse sobre el proceso electoral y legislativo tocando el tema de la pobreza, participar en el desarrollo de la agenda de I.C.A.N., asistir a entrenamientos regionales con énfasis en organización comunitaria, ¡y ser parte de la voz de cambio para Idaho!

El costo anual es de \$15.00 a \$30.00, dependiendo del ingreso total de su hogar.

FECHA _____ NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO: _____ FAX: _____ CONDADO: _____

*CALCULO APROXIMADO DE LOS INGRESOS DE SU HOGAR: \$ _____ EMAIL _____

***POR FAVOR SUBRAYE LOS TEMAS EN LOS QUE SU HOGAR ESTE INTERESADO:**

Invalidez/utilidades Salud Inmigración Alimentos & Nutrición

****POR FAVOR SELECCIONE CUALQUIER ASISTENCIA PÚBLICA QUE RECIBA SU HOGAR:**

TAFI/TANF FOOD STAMPS MEDICAID/MEDICARE SSI/SSA/SSD ASD ASST. ENERGIA CHIP

¿Esta registrado/a para votar? ____ Si ____ No ____ No Soy Elegible

¿Qué lenguaje prefiere? ____ Inglés ____ Español ____ Otro: _____

Por favor apunte a todos los miembros de su hogar, aunque no sean familia (empiece con usted mismo)

	NOMBRE	Edad	**Invalidez?	**Étnia
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

*Calculo aproximado de ingresos mensuales debe incluir ingresos del hogar en total. NO hay restricción de ingresos para ser miembro de ICAN.

Los miembros de ICAN participando en el programa de alimentos deben tener ingresos menores al 185% de la Línea de Pobreza Federal.

**No se requiere contestar estas preguntas, su contestación nos ayudara hacer una decisión efectiva acerca de I.C.A.N. y sus datos demográficos y agendas. Apreciamos su ayuda sinceramente.

Como miembro de I.C.A.N., voy apoyar los objetivos de Idaho Community Actino Network. Por este medio reconozco que I.C.A.N. esta comprometida a la diversidad y no soporta o tolera cualquier acto de discriminación basado en clase, edad, invalidez, orientación sexual, sexo u otro tipo de discriminación. Como participante de I.C.A.N. reconozco que los miembros de mi hogar y yo somos responsables de nuestros propios actos. Dimittimos toda responsabilidad a I.C.A.N. y/o a todos sus agentes por cualquier reclamo, demanda, daño, y/o herida que resulte de un evento relacionado con I.C.A.N. Costo anual es de \$15.00 a \$30.00.

EFECTIVO para membresía: \$ _____ Firma del miembro _____

Cheque # para membresía: \$ _____ Iniciales del Reclutador _____

PAGO TOTAL para membresía: \$ _____

Nombre del Programa Local de Comida (LFP) _____