

APLICACIÓN PARA MEMBRESIA DE WSFCCA

Nombre _____

Nombre de la Empresa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Número de STARS _____

MARQUE UNO

_____ MIEMBRO COMPLETO (posee una licencia de cuidado infantil válido)

_____ MIEMBRO ASOCIADO (esposo(a), asistente, and jubilado)

_____ AUXILIAR (partidario)

ESCOJA SU CAPÍTULO (GRUPO) (VEA LA LISTA DEL CAPÍTULO EN LA)

Nombre del Capítulo (Grupo) _____

LAS CUOTAS PARA ESE CAPÍTULO \$ _____

SEGURO DE ACCIDENTE/MÉDICO (ESTO NO ES UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD)

\$50 dólares por año hasta 12 niños (1 de Octubre, 2023-- 30 de Septiembre, 2024) Este seguro de accidente es una cobertura secundaria al seguro de los padres. Cubrirá todo lo que el seguro de los padres no cubra o todos los gastos si no hay ningún otro seguro. Vea WSFCCA.com para mayor información y para leer la póliza. Póngase en contacto con Abra Zink 206-403-8282 - inmediatamente en caso de que ocurra un accidente.

COSTO POR CAPÍTULO \$ _____

ACCIDENTE/MÉDICO. \$ _____

COSTO TOTAL \$ _____

**Vaya a wsfcca.com use PayPal y pague con tarjeta de crédito cheques o giros
POR FAVOR NO ENVIE EFECTIVO**

NÚMERO DE CHEQUE _____

\$50 de tarifa por todo cheque sin fondo

ESCRIBA EL CHEQUE A NOMBRE DE WSFCCA

Y EVÍELO A: WSFCCA

Abra Zink – Membership 11422 NE 21st St, Bellevue WA 98004