

Solicitud de Membrecía para el Comité Consultivo de Accesibilidad

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número Telefónico de Casa:

Número Telefónico de Celular:

Correo Electrónico:

Es usted elector inscrito en el estado de Washington

Sí

No

Qué comunidad le gustaría representar?

Usted es:

- ☐ Ciegos o con impedimentos visuales
- ☐ Sordos o con pérdida auditiva
- ☐ Discapacidad intelectual o cognitiva
- ☐ Discapacidades de aprendizaje
- ☐ Impedimentos de movilidad
- ☐ Otro (por favor explique)

- ☐ Elector inscrito del Condado de Franklin
- ☐ Una persona con una discapacidad
- ☐ Padres de un elector adulto con discapacidades
- ☐ Profesional/experto en adaptación de personas con discapacidades
- ☐ Otro (por favor explique)

Referencias (Por favor proporcione dos nombres de referencias que incluya su domicilio, número telefónico, y relación/parentesco)

Nombre:

Domicilio:

Número Telefónico:

Relación:

Nombre:

Domicilio:

Número Telefónico:

Relación:

Membrecías organizaciones profesionales, cívicas, juntas directivas gubernamentales, comisiones, y voluntario en actividades :

Información adicional:

¿Cuál es su modo común de transporte (por ejemplo: transporte público, Dial-a-Ride, vehículo personal, etc.)?

Disponibilidad:

Lunes:

Martes:

Miércoles:

Jueves:

Viernes:

Firma:

¡Gracias por Aplicar!

Voting Accessibility Advisory Committee
c/o Franklin County Elections
PO Box 1451
Pasco, WA 99302