

HKNC Registro Nacional de Personas Sordo-Ciegas - Formulario corto/Actualización

Por favor devuelva este formulario a su

Representante Regional del HKNC: Centro Nacional Helen Keller

O

También puede completar este formulario en nuestra página web: <https://www.helenkeller.org/hknc/national-registry>

El propósito de este Registro es proporcionar información básica sobre personas que son sordo-ciegas en los Estados Unidos. Esta información será utilizada a modo de censo de las personas que son sordo-ciegas, como una herramienta de planificación y con fines de investigación. Toda la información identificativa es confidencial. Se requiere consentimiento por escrito del individuo o tutor antes de poder registrarse en el Centro Nacional Helen Keller.

***OBLIGATORIO**

INFORMACIÓN SOBRE EL INDIVIDUO SORDO-CIEGO		Nuevo		Fecha de hoy:	
*Apellido/s:		*Nombre:			
Segundo Nombre:		Apellido de soltera:			
*Dirección:					
*Ciudad:		Condado/Distrito:		*Estado:	
				*Cód. Postal:	
Teléfono: Voz Texto VP ()				E-mail:	
*Fecha de Nacimiento		Hombre Mujer		¿Trabaja? Sí/No Si es que sí, tipo de trabajo:	
*Indique su condición visual:					
*Indique su condición auditiva:					
Síndrome/otras condiciones:			Método de Comunicación preferido:		
*Estoy interesado/a en que mi representante regional del HKNC me contacte para servicios locales y del HKNC: Sí ☐ No ☐					
Deseo suscribirme al boletín trimestral gratuito <i>CONNECT!</i> : Sí ☐ No ☐					
*Este formulario lo rellenó la persona arriba indicada: Sí ☐ No ☐ *Si no, relación con el individuo:					
Agencia:		*Apellido/s:		*Nombre:	
Dirección:					
Ciudad:		Condado:		Estado/Territorio:	
				Cód. Postal:	
# Teléfono: ()		Voz VP		E-mail:	
*He obtenido permiso para enviar esta información en nombre del individuo: Sí ☐ No ☐					
*Con mi firma, autorizo al HKNC a usar la información de este formulario con fines estadísticos de individuos sordo-ciegos.					