



KANKAKEE COUNTY HISPANIC
PARTNERSHIP, INC.

2012 Membership Form / Forma para ser socio/a

Name of individual/nombre de la persona:

Agency name/nombre de agencia:

Mailing address/dirección del correo:

Phone number/número de teléfono: _____

Fax: _____

Email address/dirección del correo electrónico:

Membership Levels:

- ❖ **Corporate/Agency (\$50.00)**
- ❖ **Individual (\$25.00)**
- ❖ **Student (\$15.00)**

Please make all checks payable to: "Kankakee County Hispanic Partnership, Inc."

Please return this form with payment to/
Favor de mandar esta forma con el pago a:
KCHP; PO Box 1271, Kankakee, IL 60901.

Questions/Preguntas: Call/Llame a Marcia at/al: (815) 933-7791, ext. 103.