



Membership Application

बेस्ट बडिज ग्लोबल मुभमेन्टमा सहभागी हुनुहोस्

2023 -2024 कार्यक्रम वर्ष

अनलाइन साइन अप गर्नुहोस् www.bestbuddies.org/join!

सम्पर्क विवरण

जनसांख्यिकीय

अभिभावक/संरक्षकको विवरण

अनुमति

एउटा छनौट गर्नुहोस् नयाँ सदस्य नवीकरण गर्ने सदस्य

च्याप्टरको नाम: _____

नाम	रोजिएको नाम (वैकल्पिक)	थर
ठेगाना लाइन 1	ठेगाना लाइन 2	
सहर ()	राज्य	जिप कोड ()
मोबाइल फोन नम्बर (13 वा सोभन्दा माथिको भएमा मात्र)		घरको फोन नम्बर (वैकल्पिक)
इमेल ठेगाना (13 वर्ष वा सोभन्दा माथि उमेरको भएमा मात्र)		रुचाइएको लिङ्गको सर्वनाम (वैकल्पिक)

बेस्ट बडिजले हाम्रा कार्यक्रमहरूमा सहभागी हुन सबै पृष्ठभूमिका र क्षमताका मानिसहरूलाई सम्मान र स्वागत गर्दछ। निम्न जानकारी (अमेरिकी जनगणना ब्यूरोले परिभाषित गरेअनुसार) पूरा गरेर तपाईं आफ्नो समुदायका सदस्यहरूको लागि सहायता एवं आर्थिक सहयोग गर्न सुनिश्चित गर्नुहुन्छ। हिस्प्यानिक/ल्याटिनोलाई जातीयताको रूपमा परिभाषित गरिएको छ, जात होइन, त्यसैले यसलाई छुट्टै सङ्कलन गरी रिपोर्ट गरिएको छ। यो जानकारी जनसांख्यिकीय उद्देश्यका लागि मात्र प्रयोग गरिन्छ।

जन्म मिति (महिना/दिना/वर्ष): _____ विद्यालय / संस्थाको नाम: _____

के तपाईं बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता भएको व्यक्ति हुनुहुन्छ: _____ यस विद्यालय वर्षमा, म निम्नमा हुनेछु: _____

हो होइन सेयर नगरीं होला

ग्र्याजुएसन वर्ष: _____

लिङ्ग:	जाती (लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्):	जातीयता: के तपाईं हिस्पैनिक, ल्याटिनो, वा स्पेनी मूलको हुनुहुन्छ?
<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अमेरिकी इन्डियन / अलास्का मूल निवासी	<input type="checkbox"/> हो
<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> एशियाली	<input type="checkbox"/> होइन
<input type="checkbox"/> नन-बाइनरी / तेश्रो लिङ्गी	<input type="checkbox"/> अस्वेत जाती वा अफ्रिकन अमेरिकन	<input type="checkbox"/> सेयर नगरीं होला
<input type="checkbox"/> सेयर नगरीं होला	<input type="checkbox"/> मध्य पूर्वी र उत्तर अफ्रिकी	
<input type="checkbox"/> आर्क खुलाउने: _____	<input type="checkbox"/> मूल हवाईयन वा अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर	
	<input type="checkbox"/> गोर्रा	
	<input type="checkbox"/> अन्य: _____	

ठेगाना सदस्यको जस्तै छ

अभिभावक / संरक्षकको विवरण नाम	थर	रोजगारदाता (वैकल्पिक)
ठेगाना ()	सहर ()	राज्य जिप कोड
घरको फोन	मोबाइल फोन	इमेल ठेगाना

ठेगाना सदस्यको जस्तै छ

अभिभावक / संरक्षक (2): नाम	थर	रोजगारदाता (वैकल्पिक)
ठेगाना ()	सहर ()	राज्य जिप कोड
घरको फोन	मोबाइल फोन	इमेल ठेगाना

के तपाईं सँग अदालतद्वारा नियुक्त गरिएका कानूनी अभिभावक छन्? छन् छैनन्

यदि हो भने कृपया तल आफ्नो अभिभावकको विवरण हाल्नुहोस्:

नाम र थर	सम्बन्ध
फोन नम्बर	इमेल ठेगाना

बेस्ट बडिजमा भाग लिन तपाईंलाई कस्तो आवास वा सहायताले मद्दत गर्नेछ कृपया

हामीलाई बताउनुहोस् (तल लागू हुने वा गर्ने कुनै छनौट गर्नुहोस् वा खुलाउनुहोस्):

डायटरी मेडिकल हिडडुल वा यातायात सञ्चार

<p>पृष्ठभूमि</p> <p>बेस्ट बडिज सबै सदस्यहरूको सुरक्षा सुनिश्चित गर्न प्रतिबद्ध छ। कृपया तपाईंको पृष्ठभूमिको सम्बन्धमा तलका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्। यी मध्ये कुनै पनि प्रश्नमा हो भने उतर दिनुभयो भने तपाईंले स्वतः बेस्ट बडिजको स्वयम् सेवा पदबाट निस्कासन गर्ने छैन।</p> <ol style="list-style-type: none"> के तपाईंलाई कुनै पनि प्रकारको उन्पीडन वा शारीरिक हिंसाको कारण तलबी वा स्वयंसेवक पदबाट बर्खास्त गरिएको छ वा राजीनामा दिन भनिएको छ? के तपाईंलाई कसैले आपराधिक कार्यको लागि ठोहा लगाइएको छ? के तपाईंलाई कसैले बेवास्ता, दुर्व्यवहार वा आक्रमणको आरोप लगाइएको छ? माथिको बाहेक बेस्ट बडिजमा तपाईंको सहभागितामा प्रश्न उठाउनेलाई वा तपाईंको पृष्ठभूमिसँग सम्बन्धित कुनै तथ्य छ? 	<p>मिडिया अनुमति</p> <p>बेस्ट बडिजका गतिविधिहरूमा भाग लिँदा म (वा मैले दर्ता गरिरहेको व्यक्ति) स्थानीय बेस्ट बडिज च्याप्टर, राज्य कार्यालय वा बेस्ट बडिज इन्टरनेसनलका लागि प्रचार सामग्री, समाचार रिजिजहरू वा अन्य प्रकाशित ढाँचाहरूको उद्देश्यका लागि अन्तर्वार्ता लिन, फोटो खिच्न, भिडियो रेकर्ड गर्न वा इलेक्ट्रोनिक रूपमा फोटो तिन सहमत छु। तस्बिरहरू स्थानीय बेस्ट बडिज कार्यालय वा बेस्ट बडिज इन्टरनेसनलको एकल सम्पत्ति हुनेछन्। यसै मार्फत यी तस्बिरहरूको प्रयोगबाट उत्पन्न हुने कुनै पनि दावीबाट स्थानीय बेस्ट बडिज कार्यालय र बेस्ट बडिज इन्टरनेसनललाई स्वतन्त्र र हानिरहित राख्छु।</p> <p><input type="checkbox"/> म यस समयमा सहभागी नहुन चाहन्छु।</p>
---	---

सदस्य सम्झौता

तल हस्ताक्षर गरेर म बेस्ट बडिज सदस्य सम्झौता (www.bestbuddies.org/member-agreement) मा सहमत छु र जुलाई 1, 2023 देखि जुन 30, 2024 सम्ममा 2023 - 2024 कार्यक्रम वर्षको लागि बेस्ट बडिज इन्टरनेसनलसँग सदस्यताका लागि आवेदन दिन्छु।

सदस्यको हस्ताक्षर _____ मिति _____ अभिभावक / संरक्षकको हस्ताक्षर (यदि लागू हुने भएमा) _____ मिति _____