

Yo apoyo a Smoke Free Indy! Formulario Individual de Apoyo

Nombre: _____

Dirección de su casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono por la noche: _____

Correo electrónico: _____

¿Registrado para votar en esta dirección? Sí: No:

¿Usted trabaja en un ambiente libre del humo de cigarrillo? Sí: No: N/A:

¿Usted vive en un ambiente libre del humo de cigarrillo? Sí: No:

¿Usted vive en ciudades excluidas del Condado de Marion, como Beech Grove, Lawrence, Speedway, Southport?

Sí: No: ¿Cuál?

¿Tiene una experiencia personal relacionada con el tabaco?

Perdió un ser querido por una enfermedad causada por tabaco : ____ Fumador: ____ Ex - Fumador: _____

Proveedor del Cuidado de la Salud: ____ Educador: ____ Abogar por el Aire Libre del Humo de Cigarrillo: _____

Sobrevivió una enfermedad causada por tabaco: _____ Otro: _____

Las relaciones personales son las llaves del éxito, para cualquier movimiento de base. Por favor déjenos saber si usted tiene cualquier relación con los siguientes tipos de líderes de la comunidad.

Oficiales Electos (local, estado, federal) – Si es que sí, por favor especificar:

Medios de comunicación (reporteros, editores, etc.) – Si es que sí, por favor especificar:

Líderes de la Comunidad – Si es que sí, por favor especificar:

Por favor marque todo lo que aplique:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenerme informado | <input type="checkbox"/> Asistiré a un evento | <input type="checkbox"/> Seré voluntario en un evento |
| <input type="checkbox"/> Escribiré una carta | <input type="checkbox"/> Haré llamadas | <input type="checkbox"/> Me gustaría ser activo |

Firma: _____

Fecha: _____

Gracias por completar y firmar este formulario y demostrar su apoyo a Smoke Free Indy!
 Como un colaborador de Smoke Free Indy usted será uno de los primeros en saber los avances concernientes a los cambios de la ordenanza en los lugares de trabajo libres del humo de cigarrillo, eventos de la coalición, actividades y entrenamientos.

Por favor enviar este formulario a: Coalición Smoke Free Indy
P.O. Box 441537, Indianapolis, IN 46244 FAX: 317-221-3114
E-Mail: Info@smokefreeindy.com Website: www.smokefreeindy.com