|  |  | | |  | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEMBERSHIP REGISTRATION  **For the Membership Year Ending March 31, 2023** | | | **Formulaire d’adhésion**  pour l’année d’adhésion se  terminant le 31 mars 2023 | | | | | | |
| NAME/  Nom: | | | | | | | | | |
| Address/  Adresse: | | | | | | **Postal Code**/  Code postal: | | | |
| *Box # and/or Civic #/ County Road/Street Address if in the rural area.*  *i.e. Martintown / Williamstown etc.* | | | | | | Phone/Tel: | | | |
| E-Mail Address: | | | | | |  | | | |
| As a feature of our Membership you automatically become a member of Community Living Ontario Membership Listing. Do you approve of Community Living – Stormont County giving your name, address and telephone number to C.L.O?  Dans le cadre de votre adhésion, vous ferez automatiquement partie de la liste des members d’Intégration communautaire Ontario. Êtes-vous d’accord pour qu’intégration communautaire – Comté de Stormont donne votre nom, adresse et numéro de téléphone à ICO. | | | | | | | | | |
| YES / OUI □ | | NO / NON □ | | | | | | | |
| For FAMILY MEMBERSHIP please list those residing at above household: *(all residents 18-years-of-age and older will be issued a Membership card)*. Pour une **ADHÉSION FAMILIALE**, donner le nom des personnes résident à l’adresse cidessus *(les personnes âgées de 18 ans ou plus recevront une carte de membere):* | | | | | | | | | |
| 1. | | 3. | | | | | | | |
| 2. | | 4. | | | | | | | |
| All Members Receive C.L.S.C. Mailings / tous le members figurant sur la liste de diffusion d’I.C.C.S. | | | | | | | | | |
| MEMBERSHIP CATEGORIES  Catégories d’adhésion | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | TOTAL | |
| People Supported by Community Living - FREE | | | | | | | |  | |
| Individual / Personne Seule | | | | | $5.00 | | 5$ |  | |
| Family / Famille | | | | | $10.00 | | 10$ |  | |
| Corporate / Entreprise | | | | | $50.00 | | 50$ |  | |
| MEMBERSHIP FEE / Frais d’adhésion | | | | |  | |  |  | |
| I WISH TO MAKE A DONATION *(A tax receipt will be mailed in the amount of the donation).* J’aimerais faire un don *(un recu aux fins d’impôts pour le montant versé vous sera expédité).* | | | | | | | | | |
| YES | | | | |  | |  |  | |
| NOT AT THIS TIME/ Pas en ce moment | | | | |  | |  |  | |
| DONATION (if desired / Don (le cas échéant) | | | | |  | |  |  | |
| PAYMENT ENCLOSED / Paiement ci-inclus: | | | | |  | |  |  | |
| TOTAL ENCLOSED / TOTAL CI-INCLUS: | | | | |  | |  |  | |

THANK YOU FOR YOUR SUPPORT / merci de votre appui

**Please return to** / Prière de retourner à:

Community Living – Stormont County / Intègration communautaire comté de Stormont

280 Ninth St. W / 280, 9e Rue oust

CORNWALL, Ontario / Cornwall (Ontario) K6J 3A6