

# NETWORK ENROLLMENT FORM

## 服務網參加表格

Please complete, sign this form, and send to: Community Care Network of Kin On  
815 South Weller Street Suite #212  
Seattle, WA 98104

Date 日期 \_\_\_\_\_

Name 姓名 \_\_\_\_\_

Date of Birth 出生日期 \_\_\_\_\_

Please circle one 請圈出最合適項目

Mr. 先生      Mrs. 太太      Miss 小姐      Ms. 女士

Address 地址 \_\_\_\_\_

City 城市 \_\_\_\_\_ State 州 \_\_\_\_\_ Zip 郵編 \_\_\_\_\_

Phone 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Language you speak 語言:      English 英語      Chinese 華語

What dialect are you most comfortable with?

您最慣用哪一種方言？

( ) Cantonese 廣東話      ( ) Mandarin 國語

( ) Toishanese 台山話      ( ) Other 其他: \_\_\_\_\_

### EMERGENCY CONTACT 緊急事故聯絡資料：

Contact Name 聯絡人姓名 \_\_\_\_\_

Relationship 關係 \_\_\_\_\_

Daytime Phone 日間電話號碼 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Evening Phone 晚間電話號碼 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Address 地址 \_\_\_\_\_

City 城市 \_\_\_\_\_ State 州 \_\_\_\_\_ Zip 郵編 \_\_\_\_\_

( ) I would like to enroll in the Kin On Community Care Network.

我想參加健安社區服務網。

Enclosed is my donation amount of \$ \_\_\_\_\_ (Optional).

附上捐款 \_\_\_\_\_ 美元 (捐款隨意)。

Signature 簽名: \_\_\_\_\_ Date 日期: \_\_\_\_\_

How did you hear about the Kin On Community Care Network?

您從哪裡知道有『健安社區服務網』。

( ) Radio 收音機      ( ) Religious Org. 宗教團體      ( ) Kin On staff 健安職員

( ) Brochure 小冊子      ( ) Neighbor 鄰居      ( ) My Doctor 醫生

( ) Newspaper 報紙      ( ) Son or Daughter 兒女      ( ) Friend 朋友

( ) Agency 機構      ( ) Other 其他