



# Legión Americana Auxiliar

## SOLICITUD DE MEMBRESIA

### INFORMACION DEL SOLICITANTE

|                                                                                                                                                                           |                                                               |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| Primer nombre                                                                                                                                                             | Segundo Nombre                                                | Apellido (s)       |
| Dirección                                                                                                                                                                 |                                                               |                    |
| Ciudad                                                                                                                                                                    | Estado                                                        | Código postal      |
| Teléfono fijo                                                                                                                                                             | Teléfono celular                                              | Correo Electrónico |
| / /                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 0 - 17 <input type="checkbox"/> 18 + |                    |
| Fecha de nacimiento (requerida)                                                                                                                                           | Unidad #                                                      | Ubicación          |
| ¿Ha sido usted miembro anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si usted ha sido miembro en el pasado, complete las siguientes preguntas.) |                                                               |                    |
| Unidad/Estado anterior                                                                                                                                                    | número de membresía ALA (si lo conoce)                        |                    |
|                                                                                                                                                                           | / /                                                           |                    |
| Firma del aplicante (representante legal si es menor de 18 años)                                                                                                          | Fecha                                                         |                    |

### INFORMACION DE ELEGIBILIDAD

*Elegible a través de nombre del Veterano (veterano de guerra: incluya su propio nombre)*

Si aún esta vivo: Número de membresía del veterano en la Legión Americana    Puesto #    Ciudad    Estado

☐ Fallecido—si el Veterano ha fallecido, contacte la unidad de ALA acerca de los documentos militares que necesitará.  
Para documentos de baja del servicio militar: <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records>

**El veterano sirvió:**

☐ Primera guerra (4/6/1917-11/11/1918)

☐ Después de 12/7/1941 (seleccione todas las que aplique):

|                                                      |                                         |                                  |                                           |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Guerra contra el terrorismo | <input type="checkbox"/> Panamá         | <input type="checkbox"/> Vietnam | <input type="checkbox"/> Segunda guerra   |
| <input type="checkbox"/> Guerra del Golfo            | <input type="checkbox"/> Libano/Granada | <input type="checkbox"/> Corea   | <input type="checkbox"/> Otros conflictos |

**Relación de la aplicante con el veterano:**

|                                 |                                 |                                |                                 |                                  |                                   |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esposo | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Yo misma |
| <input type="checkbox"/> Hija   | <input type="checkbox"/> Nieta  |                                |                                 |                                  |                                   |

**Para ser completado por un oficial de la Legión Americana**  
Certifico que el veterano de guerra nombrado en esta solicitud sirvió activamente por lo menos durante un día en las fechas arriba marcadas y fue dado de bajo honorablemente o todavía está sirviendo honorablemente.

Funcionario del Puesto que verifica esta membresía    Fecha

### ¡AYUDENOS A MANTENERLA CONECTADA!

#### Estoy interesada en aprender más acerca de:

- ☐ Voluntariado para Veteranos, militares y sus familias
- ☐ Actividades juveniles, incluyendo ALA Girls State, programas para miembros junior y becas estudiantiles
- ☐ Descuentos y servicios para miembros
- ☐ Otro

Por favor contacte la siguiente persona para información acerca de voluntariado o para hacer parte de la Legión Americana Auxiliar:

|                       |                 |                    |        |
|-----------------------|-----------------|--------------------|--------|
| Nombre                | Teléfono        | Correo Electrónico |        |
| Nombre                | Teléfono        | Correo Electrónico |        |
| Nombre                | Teléfono        | Correo Electrónico |        |
| Nombre del reclutador | Unidad/Puesto # | Ciudad             | Estado |

Envíe esta solicitud a la unidad de ALA a la que desea unirse. Las cuotas anuales deben acompañar la solicitud completa. Contacte su Unidad local para preguntar el monto adeudado. **Membresía pendiente a la espera de la aprobación de esta solicitud.**