

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

*favor hacer copias según sea necesario para su departamento de nómina de sueldos.*

## MI INFORMACIÓN

1

Título \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Dirección del hogar \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Email de Preferencia \_\_\_\_\_

Por favor agradecerme vía:  Correo enviado al hogar  Correo electrónico

Teléfono (información de contacto necesaria debe ser proveída anteriormente)

## INFORMACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN Y DEL PAGO

2

### FÁCIL DEDUCCIÓN DE NÓMINA

Contribuir esta cantidad cada periodo de pago: \$ \_\_\_\_\_

Periodos de pago por año: X \_\_\_\_\_

Mi total por el regalo anual: \$ \_\_\_\_\_

CONTRIBUCIÓN DE SÓLO UNA VEZ Total \$ \_\_\_\_\_

Efectivo o Cheque (adjunto) # de Cheque \_\_\_\_\_

Tarjeta de Crédito (Visa, MasterCard o Discover solamente)

Número de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

FACTÚREME (\$50 mínimos de contribución requeridos)

Una vez \_\_\_\_\_ (mes/año)

Trimestral  Mensual

## CONTRIBUCIÓN DE LIDERAZGO

3

Por favor considere dar al nivel Vanguardia de \$1,000 o más. Si su esposo(a)/compañero(a) aporta por separado, usted puede combinar las contribuciones para ser reconocido a este nivel. Su generosidad será reconocida en el directorio de Vanguardia

Por favor reconozca mi contribución en el directorio Vanguardia. Escriba su nombre debajo para indicar como desea ser listado.

Me gustaría que mi esposo(a)/compañero(a) sea reconocido conmigo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Contribución: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Contribución Total Combinada: \$ \_\_\_\_\_

Por favor no publicar mi / nuestro nombre en los materiales de reconocimiento. Nosotros queremos permanecer anónimos.

Yo he donado quinientos dólares o más y me gustaría participar en el **PROGRAMA VANGUARD STEP UP**. Por favor reconócame como un Vanguardia.

## MI AUTHORIZACIÓN (FIRMA REQUERIDA)

4

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## OPCIONAL

5

**Yo deseo hacer un aporte monetario a United Way of Greater Lafayette.**

CUIDADO DE LA COMUNIDAD La forma más poderosa de invertir su contribución. Su aporte apoya a todas las actividades financiadas por United Way.

CUIDADO ENFOCADO Donar a un asunto que es importante para usted. Marque un área de enfoque para su aporte.  Education  Income  Health

**Yo deseo dirigir mi contribución a una agencia específica.**

CONTRIBUCIÓN RESTRINGIDA Limita mi aporte de \$50 o más a la siguiente agencia. Por favor escriba el nombre de la agencia y dirección debajo.

Yo desearía que United Way le solicite a la agencia que reconozca mi contribución restringida.

**NOTA:** La agencia a la que usted dirigió su aporte debe cumplir los requisitos del IRS para donaciones de caridad. Contribuciones que no cumplan los requisitos serán dirigidas a United Way of Greater Lafayette. Contribuciones restringidas a agencias fuera de las organizaciones participantes de United Way of Greater Lafayette serán sujetas al 8% de cargos administrativos.

**POR FAVOR DESPRENDER ESTA SECCIÓN Y GUARDELA PARA SUS REGISTROS DE IMPUESTOS ANUALES.**

No bienes ni servicios se dan a cambio de esta contribución.

**Gracias por Vivir Unido.**

## RECIBO DEL DONANTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad Total del Compromiso: \$ \_\_\_\_\_