



United Way of  
Central Massachusetts  
www.unitedwaycm.org

### 1. POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

United Way respeta su privacidad y no vende, intercambia ni divulga su información personal.

NOMBRE(S)		APELLIDOS		SUFIJO	
CORREO ELECTRÓNICO (POR FAVOR PROVÉANOS SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA QUE RECONOSCAMOS SU REGALO.)					TELÉFONO
DIRECCIÓN	# DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

### 2. COMBINACIONES DE COMPROMISO Y RECONOCIMIENTO DE DONANTES

Si está combinando su regalo con el de un cónyuge, pareja o miembro de la familia, indique su nombre a continuación:

¿Cómo le gustaría ser reconocido por su regalo? (EJEMPLOS: Sr. y Sra. John Doe; Jane Doe, etc.)

Por favor marque si desea permanecer anónimo.

### 3. ELIJA SU MÉTODO DE PAGO

DEDUCCIÓN DE NÓMINA – LA FORMA MÁS SENCILLA DE DAR

\$5  \$10  \$25  \$50  \$100  Otro \$ \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PERÍODOS DE PAGO  Semanal (52)  Quincenal (26)

Bimensual (24)  Mensual (12)  Otro \_\_\_\_\_

CHEQUE PERSONAL (adjunto)

POR FAVOR, FACTUREME A LA DIRECCIÓN INDICADA ANTERIOR (\$25 mínimo, se requiere dirección de hogar)

TARJETA DE CRÉDITO  
(Para su privacidad y seguridad, utilice nuestro sitio web seguro www.unitedwaycm.org para donar con tarjeta de crédito, o use nuestro código QR)



Quiero saber más sobre cómo UWCM está invirtiendo en ...

- Educación
- Estabilidad Financiera
- Salud
- Red de seguridad
- Women's Initiative
- Trabajo voluntario

# Regalo Total = \$

### 4. Me gustaría distribuir mi regalo en las siguientes áreas

UWCM's Community Impact Fund  \$

Women's Initiative (El beneficio de membresía es un mínimo de \$100 anuales, sin embargo, se acepta cualquier cantidad de donación)  \$

Agencia única\* (Área completa de agencia única a continuación. Una donación mínima de \$52.00 requerida) United Way aplica un cargo de 18% para cubrir los costos de recaudación y distribución de regalos designados. La designación mínima es de \$52. United Way honrará las designaciones destinadas a cualquier entidad de Salud y Servicios Humanos que tenga un estado 501(c)(3) exento de impuestos)  \$

\*NOMBRE DE AGENCIA

DIRECCIÓN

### 5. POR FAVOR FIRME E INDIQUE LA FECHA

X

FIRMA

FECHA (MM/DD/YYYY)



Thank you!