

Paso 1

Su información

TÍTULO: Doctor Señora Señorita Señor

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIJO

DIRECCIÓN PARTICULAR Marque si esta es una nueva dirección

APARTAMENTO

CIUDAD ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO PREFERIDO Fijo (Particular) Trabajo Celular

DIRECCIÓN PREFERIDA DE CORREO ELECTRÓNICO

EMPLEADOR

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEADO

¡GRACIAS!

Nos gustaría hacerle un reconocimiento en nuestras publicaciones. Por favor, díganos cómo le gustaría que aparezca su nombre:

Deseo permanecer anónimo en las publicaciones.

¿Ha sido usted un donante de United Way durante más de 10 años? Queremos honrarle a través de nuestro programa Loyal Contributions. ¿En qué año empezó a donar usted a United Way?

AÑO

Paso 2

Su donación

Opciones de pago

1 **TARJETA DE CRÉDITO** Por favor, visite YourUnitedWay.org
Nota: Se requiere una donación mínima de \$10

2 **CHEQUE PERSONAL** Adjunto y pagadero a **United Way**
Nota: Se requiere una donación mínima de \$10

3 **FACTÚRENME** Por favor, factúrenme mi aporte
Nota: Se requiere una donación mínima de \$10

SELECCIONE LA FRECUENCIA DE FACTURACIÓN: Mensual Trimestral Una vez (agregue la fecha)

MM/AA

4 **DEDUCCIÓN SALARIAL** (Por período de pago)

MONTO POR CHEQUE DE PAGO			NÚMERO DE PERÍODOS DE PAGO	DONACIÓN ANUAL TOTAL
<input type="checkbox"/> \$1000	<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$100		
<input type="checkbox"/> \$50	<input type="checkbox"/> \$25	<input type="checkbox"/> \$10		
<input type="checkbox"/> Otro \$ _____				

Opcional

Opciones de inversión

Mayor impacto: Apoye todos los pasos del Programa Steps to Success

Quiero apoyar un **paso específico** del programa Steps to Success de United Way

INDIQUE SU PREFERENCIA AQUÍ.

OTRA AGENCIA COMUNITARIA Deseo permanecer anónimo para la agencia
¿Le gustaría asignar fondos a una agencia comunitaria 501(c)(3)?

Nota: Se requiere una donación mínima de \$24 para dar directamente a una agencia

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA

Y/O

\$ _____

\$ _____

\$ _____

El total aquí debe coincidir con la **DONACIÓN ANUAL TOTAL** de arriba

Paso 3

Su firma

FIRMA

FECHA

No se proporcionaron bienes ni servicios a cambio de este aporte. Por favor, guarde una copia de este formulario para sus archivos de impuestos. Usted también necesitará una copia de su recibo de sueldo, el formulario W-2 u otro documento del empleador que muestre el monto retenido y pagado a una organización benéfica. Consulte a su asesor fiscal para obtener más información.

GRACIAS POR APOYAR A SU UNITED WAY

Envíe el formulario por correo a: P.O. Box 6388, Richmond, VA 23230 | 804-771-5820
YourUnitedWay.org | customerservice@YourUnitedWay.org



United Way of Greater
Richmond & Petersburg

