

TIENE EL PODER DE HACER EL BIEN

Únase a United Way en la lucha por la **salud**, la **educación** y la **estabilidad financiera** de cada persona de nuestra comunidad. Su donación les da a las personas los recursos y las oportunidades que necesitan para vivir su vida de la mejor forma posible.

AMPLIAMOS SU IMPACTO

El año pasado, convertimos cada dólar donado en un valor con impacto de \$2,09 a través de subsidios, voluntarios, bienes distribuidos y servicios gratuitos de preparación de impuestos.



DONACIÓN DE \$1 = IMPACTO DE \$2,09

HACER LA DIFERENCIA ES MÁS FÁCIL DE LO QUE CREE:

Por el precio promedio de un café con leche,
\$5 POR SEMANA...



les da a diez niños en edad preescolar un libro gratuito nuevo cada mes durante un año para ayudarlos a desarrollar el amor por la lectura.

Por el precio promedio de un lavado de autos,
\$10 POR SEMANA...



aumenta el bienestar de cinco personas de bajos ingresos al proporcionar exámenes médicos, exámenes de la vista o suministros médicos.

Por el precio promedio de las entradas de cine,
\$25 POR SEMANA...



proporciona a cinco familias un plan de prevención para personas sin hogar, ayudándolas a encontrar empleo a tiempo completo y autosuficiencia a largo plazo.

Por el precio promedio de cenar afuera,
\$50 POR SEMANA...



proporciona a cinco niños en un vecindario vulnerable un año de programas de enriquecimiento extracurricular.

MI COMPROMISO CON NUESTRA COMUNIDAD.



MI INFORMACIÓN

Sr. Sra.
 Srta. Dr.

Primer nombre

Inicial de segundo nombre

Apellido

Título

Año de nacimiento

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono Móvil Particular Trabajo

Correo electrónico particular

Correo electrónico del trabajo

Nombre de la empresa

MI DONACIÓN

Descuento de nómina

Descontar el 1 % de mi salario por cada período de pago: \$ _____

Descontar por cada período de pago: \$50 \$25 \$10 \$ _____

Cantidad de períodos de pago anuales: 52 26 24 12

Descuento total anual de la nómina: \$ _____

He designado mi donación. *Opcional. Consulte la parte posterior para obtener más detalles.*

Opciones de donación directa

Importe de la donación: \$1000 \$500 \$200 \$100 \$ _____

Efectivo o cheque (pagadero a United Way of the Plains)

Tarjeta de crédito (visite unitedwayplains.org/donate o envíe un mensaje de texto con la palabra UWPLAINS al 41444)

Débito automático (unitedwayplains.org/autodebit)

Acciones o bonos (Llame al (316) 267-1321 ext. 4205)

Facturar (mín. \$100): Trimestralmente _____
otra frecuencia

Comienzo: _____ (mes/año). Facturar a: Particular Trabajo

FIRMA _____

FECHA _____

Debe estar firmado para su procesamiento.

Al proporcionar su correo electrónico, recibirá actualizaciones de United Way of the Plains. Puede darse de baja en cualquier momento. United Way no venderá su información. Las donaciones a United Way of the Plains son deducibles de los impuestos en la medida que lo permita la ley. La presión para donar es inaceptable. United Way no proporcionó ningún bien o servicio a cambio de esta donación. Guarde una copia de este formulario para sus registros de impuestos personales.



SI QUEREMOS VIVIR MEJOR, DEBEMOS VIVIR UNIDOS.

SELECCIONES OPCIONALES DE DESIGNACIÓN

Dirigir mi donación a la(s) siguiente(s) área(s). Enumere los montos según la contribución anual total. **Mi nombre:** _____

Fondo comunitario de United Way

Invertir mi donación para generar el mayor impacto en las necesidades más apremiantes en las áreas de salud, educación y estabilidad financiera. \$ _____

Utilizar mi donación para satisfacer las necesidades que más me apasionan.

Salud \$ _____ <i>Mejorar el bienestar de las personas.</i>	Educación \$ _____ <i>Nutrir el potencial de los niños.</i>	Estabilidad Financiera \$ _____ <i>Fomentar la seguridad fiscal.</i>	Dolly Parton's Imagination Library \$ _____ <i>Proporcionar libros gratuitos a los niños en edad preescolar para desarrollar el amor por la lectura.</i>
--	--	---	---

Enviar mi donación a una organización sin fines de lucro local de salud y servicios sociales.

Monto de la donación: \$ _____ *Mínimo \$100 (las cantidades menores a este monto serán redirigidas al fondo comunitario de United Way). Se deducirá una tasa de procesamiento. Visite la página web unitedwayplains.org/designations para conocer la política.*

Nombre de la agencia _____ Dirección de la agencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No divulgar mi nombre o información de contacto a la agencia.