



2024 United Way of Dane County

Formulario de Compromiso



The Power of Caring. Working for All.
2059 Atwood Avenue, Madison, WI 53704

1. Información del donante: Esta información no será compartida. Por favor escriba claramente.

Sr. Sra. Srita. Dr. _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico Personal: _____

Lugar de trabajo: _____

2. Su Donación: ¿Qué es lo mejor para usted? Opciones a considerar: \$1 al día • \$100 al mes • 1% de su ingreso.

Opciones de pago:

- A través de nómina de pago \$ _____ x _____
Monto por período de pago # de períodos de pago al año
- Pague ahora en efectivo o con cheque a nombre de United Way of Dane County.
- Envíeme una factura Donación única Trimestralmente
 Fecha a comenzar la donación ____ / ____

Visite www.unitedwaydaneconomy.org/donate, para donar con tarjeta de crédito y completar este formulario en línea.

Visite unitedwaydaneconomy.org/other-ways-to-give para conocer como donar acciones de mercado, fondos destinados por el donante o distribuciones de IRA.

Monto total de la donación: \$ _____

X _____
Su firma (requerida)

No se proporcionaron bienes ni servicios a cambio de esta contribución. Por favor guarde una copia de este formulario para fines fiscales; Si selecciono Donación a través de nómina de pago, también necesitará copia de su talón de pago, W-2 ó cualquier otro documento proveído por su lugar de trabajo que muestre el monto retenido y donado a una organización caritativa.

- Me comprometo con el programa **Lead United Step-Up**. Incrementaré mi donación a \$1,000 en tres años (con una donación mínima de \$500 este año).
- ¿Le gustaría que su donación sea reconocida como donación combinada de los miembros de su hogar?

_____ Indique el nombre del miembro de su familia que desea agregar a esta donación

¡Gracias por apoyar a nuestra comunidad!
Su donación será usada para apoyar nuestra misión del año 2025.

3. Donación directa opcional: Su donación será destinada a financiar soluciones integrales a los problemas más grandes de nuestra comunidad. Sin embargo, si usted desea destinar parte o la totalidad de su donación a una causa específica, puede elegir entre las siguientes opciones:

-  **Oportunidades para jóvenes**
\$ _____
-  **Seguridad Financiera**
\$ _____
-  **Comunidad Saludable**
\$ _____
-  **Resiliencia comunitaria**
\$ _____

Done a la organización sin fines de lucro de su preferencia:

Monto: \$ _____ Nombre de la organización sin fines de lucro: _____

Dirección de la organización sin fines de lucro: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Autorizo a que se divulgue mi nombre y dirección a estas organizaciones sin fines de lucro con el fin de que mi donación sea reconocida.

Excluir a la siguiente organización sin fines de lucro de recibir mi donación: _____

Donaciones directas están sujetas a una tarifa por procesamiento.