



Nuestra Fe. Nuestra Esperanza. Nuestra Misión.

2019 CAMPAÑA ANUAL

ARQUIDIÓCESIS DE WASHINGTON

P.O. Box 29260 • Washington, DC 20017-0260 • (301) 853-4575

appeal.adw.org/es • #AnnualAppeal

Por favor apoya la Campaña Anual hoy completando este formulario y devolviéndolo a:

Archdiocese of Washington

P.O. Box 29260, Washington, DC 20017-0260

o por correo electrónico a:
development@adw.org

Selecciona uno: Sr. y Sra. Sr. Sra. Srta. _____

Primer nombre Apellido

Nombre y Apellido de su pareja

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de su Parroquia y Cuidad

() ()
Teléfono principal (casa trabajo celular) Teléfono secundario (casa trabajo celular)

Correo electrónico

CAMPAÑA ANUAL 2019 PROMESA

Promesa Sugerida	10 pagos mensuales de	Promesa Sugerida	10 pagos mensuales de
Círculo de Amor	<input type="checkbox"/> \$25,000. ⁰⁰ \$2,500. ⁰⁰	Círculo de Esperanza	<input type="checkbox"/> \$1,000. ⁰⁰ \$100. ⁰⁰
Círculo de Paz	<input type="checkbox"/> \$10,000. ⁰⁰ \$1,000. ⁰⁰	Círculo de Fe	<input type="checkbox"/> \$ 750. ⁰⁰ \$ 75. ⁰⁰
Círculo de Unidad	<input type="checkbox"/> \$ 5,000. ⁰⁰ \$ 500. ⁰⁰	Otro Niveles	<input type="checkbox"/> Otra: \$ _____
Círculo de Caridad	<input type="checkbox"/> \$ 2,500. ⁰⁰ \$ 250. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 600. ⁰⁰ \$ 60. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 450. ⁰⁰ \$ 45. ⁰⁰
Círculo de Misión	<input type="checkbox"/> \$ 1,500. ⁰⁰ \$ 150. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 300. ⁰⁰ \$ 30. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 150. ⁰⁰ \$ 15. ⁰⁰
		<input type="checkbox"/> \$ 100. ⁰⁰ \$ 10. ⁰⁰	

Cantidad total ofrecida \$ _____

Cantidad adjunta \$ _____

Balance Restante \$ _____

Por favor, haga su cheque pago a Campaña Anual.

TARJETA DE CRÉDITO

Por favor elije una de las dos siguientes opciones:

- Por favor cargué el total de mi compromiso en un solo pago o
 Por favor cargué mi compromiso en pagos mensuales equivalentes

Comenzando en _____ por _____ meses.
(mes) (terminando el 12/31/19)

A mi tarjeta: Visa MasterCard Amex Discover

Nro. de Tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: ____/____
(mes/año)

Nombre como aparece en su tarjeta: _____

Firma: _____

DÉBITO DIRECTO

Por favor elije una de las dos siguientes opciones:

- Por favor retire de mi cuenta de banco el total de mi compromiso o
 Por favor retire de mi cuenta de banco mi compromiso en pagos mensuales equivalentes

Comenzando en _____ por _____ meses.
(mes) (terminando el 12/31/19)

Nombre(s) en la Cuenta: _____

Nombre del Banco: _____

Nro. de ruta bancaria: _____

Nro. de Cuenta: _____

Firma: _____