



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 Codigo 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	4 pagos mensuales de	Promesa Sugerida	4 pagos mensuales de
Círculo de Amor	<input type="checkbox"/> \$25,000. ⁰⁰ \$6,250. ⁰⁰	Círculo de Esperanza	<input type="checkbox"/> \$1,000. ⁰⁰ \$250. ⁰⁰
Círculo de Paz	<input type="checkbox"/> \$10,000. ⁰⁰ \$2,500. ⁰⁰	Círculo de Fe	<input type="checkbox"/> \$ 750. ⁰⁰ \$187. ⁵⁰
Círculo de Unidad	<input type="checkbox"/> \$ 5,000. ⁰⁰ \$1,250. ⁰⁰	Otro Niveles	<input type="checkbox"/> Otra: \$ _____
Círculo de Caridad	<input type="checkbox"/> \$ 2,500. ⁰⁰ \$ 625. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 600. ⁰⁰ \$150. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 450. ⁰⁰ \$112. ⁵⁰
Círculo de Misión	<input type="checkbox"/> \$ 1,500. ⁰⁰ \$ 375. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 300. ⁰⁰ \$ 75. ⁰⁰	<input type="checkbox"/> \$ 150. ⁰⁰ \$ 37. ⁵⁰
		<input type="checkbox"/> \$ 100. ⁰⁰ \$ 25. 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: _____