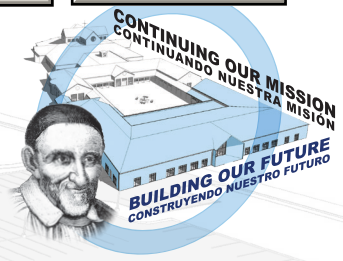
Submit by Email | Print Form

☐ **I've/We've already made my/our pledge to the capital campaign.**



DONOR CONTACT INFORMATION

Name: _____

Street Address: _____

City, State & Zip: _____

Cell Phone: _____

Email: _____

CAMPAIGN PLEDGE

☐ I/We pledge to the three year *Continuing our Mission, Building our Future* Campaign:

Total Amount of Gift: $_____

Initial Payment: $_____ *(Please consider giving 10-20% initially)*

Pledge Balance: $_____

☐ My gift will be matched by my company: _____

TIMING OF GIFT

I/We intend to pay the balance as follows:

☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Semiannually ☐ Annually ☐ One-time

Date of first payment: _____

METHOD OF PAYMENT

☐ Cash/check *(make payable to St. Vincent de Paul Capital Campaign)*

☐ Automatic Withdrawal *[see next section]* ☐ Stock* ☐ Life Insurance*

☐ Credit Card *[available through our web-site: www.svdprogers.com]*

☐ Other*: _____

* *The St. Vincent de Paul campaign office will contact you for additional information.*

AUTOMATIC WITHDRAWAL INFORMATION:

Bank Name: _____

Bank routing number: _____

Account number: _____ ☐ Checking ☐ Savings

Withdrawal Options: ☐ Weekly *(Mondays)* ☐ Bi-weekly *(2nd and 4th Friday)*

☐ Monthly ☐ 5th of the month ☐ 15th of the month ☐ 25th of the month

**Please include a voided check with your payment information*

SIGNATURE

Signature: _____

Date: _____

Submit by Email | Print Form

☐ **Ya hice/hemos hecho mi/nuestra promesa a la campaña de capital.**

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL DONANTE

Nombre: _____

Dirección de calle: _____

Ciudad, Estado y código postal: _____

Número de celular: _____

Email: _____

COMPROMISO A LA CAMPAÑA

☐ Yo/Nosotros nos comprometemos a los tres años de la campaña *Continuando nuestra Misión, Construyendo nuestro Futuro*:

Cantidad total de donación: $_____

Pago inicial: $_____ *(Por favor considere un pago inicial del 10-20%)*

Balance del compromiso: $_____

☐ Mi donación será igualada por mi empleador: _____

HORARIO DE PAGOS DE LA DONACIÓN

Yo/Nosotros quisiéramos pagar el saldo en pagos:

☐ Mensuales ☐ Trimestrales ☐ Semestrales ☐ Anuales ☐ Una vez

Fecha del primer pago: _____

MÉTODO DE PAGOS

☐ Efectivo/cheque *(a nombre de: St. Vincent de Paul Capital Campaign)*

☐ Retiro automático *[ver la siguiente sección]* ☐ Acciones/Valores* ☐ Seguro de Vida*

☐ Credit Card *[available through our web-site: www.svdprogers.com]*

☐ Otro*: _____

* *La oficina de la campaña de San Vicente de Paúl se pondrá en contacto con usted con más información.*

INFORMACIÓN PARA RETIRO AUTOMÁTICO:

Nombre del Banco: _____

Número de ruta bancario: _____

Número de cuenta: _____ ☐ Cheque ☐ Ahorros

Opciones de pago automático: ☐ Semanal los lunes ☐ Cada dos semanas *(2º y 4º viernes)*

☐ Mensual ☐ 5 de cada mes ☐ 15 de cada mes ☐ 25 de cada mes

**Por favor incluya un cheque anulado con la información de pago*

FIRMA

Firma: _____

Fecha: _____