

**PASO 1: Información de Colega**

Nombre: \_\_\_\_\_

# ID de Colega: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Ubicación:

 Saint Francis  Mount Sinai Johnson Memorial  Otros: \_\_\_\_\_

Turno:

 Primer  Segundo  Tercer

- Quiero que mi regalo sea en honor a un colega:

Nombre: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**PASO 2: Designación**

- La mayor área de necesidad
- Campaña de Esperanza Y Sanar (Cáncer)
- Fondo de Colega  
(Becas para niños, Banco de Alimentos, Asistencia de emergencia y Relaciones en la comunidad)
- Fondo para educación de enfermería
- Programa Regional del Ministerio de la Biblia de San Juan
- Asistencia de fondos para Trinity Health Of New England
- Área específica: \_\_\_\_\_

**PASO 3: Contribución****Deducción Nómina**

- Por cheque de pago (cada dos semanas) :

 \$20  \$10  \$4  \$2  Otra cantidad: \_\_\_\_\_

- Deducción de una vez:

 \$500  \$250  \$100  \$50  Otra cantidad: \_\_\_\_\_

- Cambie mi deducción por cheque de pago**  
(Cada dos semanas)

Desde \_\_\_\_\_ (Fecha) a \$ \_\_\_\_\_

Entiendo que las deducciones serán renovadas año a año a menos que notifique a la Fundación 860-714-9400.

**Donación de ETO**

- Deducción de horas no reversible  
\_\_\_\_\_ horas de ETO.

*ETO debe ser donado en incrementos de 8 horas. Un mínimo de 80 horas de ETO, basado en las horas programadas se debe mantener en su saldo después de la donación. La opción de donación expira antes de fin del año.*

- En efectivo o cheque \$ \_\_\_\_\_**  
Pagaderos a la Fundación de **Saint Francis**

- Tarjeta de crédito \$ \_\_\_\_\_**  
# De Tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_  
Código CVV: \_\_\_\_\_  
Fecha Expiración: \_\_\_\_\_

**PASO 4: Regalo de agradecimiento**

Regalos de \$100 o más reciben una camiseta unisex " Tienes Espíritu de dar" específico del hospital.

 Pequeño  Mediana  Grande  XL Grande  2XL Grande  3XL Grande  No regalo gracias**PASO 5: Someter – Fundación Saint Francis , 95 Woodland Street, Segundo Piso Hartford, CT 06105**

Firma (requerido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Estoy interesado en incluir el hospital en mi testamento o seguro de vida. Por favor de ponerse en contacto conmigo.
- Deseo permanecer en el anonimato en cualquier publicación de donantes.