



QueensCare Health Centers – Forma de Donación

Cantidad de Donativo:

Adjunto mi contribución, deducible de impuestos, de:

\$50 _____ \$100 _____ \$250 _____ \$500 _____
\$1,000 _____ Otra cantidad _____

Seleccione su preferencia para el uso de su donativo:

_____ Favor de usar mi regalo donde más se necesita
_____ Me gustaría hacer mi regalo para:
_____ Servicios primarios (atención médica, dental, optometría)
_____ Programa de Control del Asma Infantil
_____ Otro : _____

Si desea, seleccione de las siguientes opciones referentes a su donativo:

_____ Anónimo
_____ En memoria de: _____
_____ En honor a: _____
_____ Notificar a: _____
_____ Mi donativo/compromiso será igualado por la compañía de mi esposa(o). (Por favor incluya solicitud)
_____ Por favor comuníquese sobre mi planificación testamentaria
_____ Queenscare Health Centers está mencionada en mi testamento o fideicomiso

Información Personal:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor haga su cheque a nombre de: QueensCare Health Centers

QueensCare Health Centers
950 S. Grand Avenue, 2nd Floor
Los Angeles, CA 90015
Tel. (323) 669-4308
www.queenscarehealthcenters.org