



Fundación de St. Luke's Wood River
Formulario de Contribución de Empleados
Donaciones de Compasión, Recuperación y Confianza



Nombre: _____ Número de Empleado: _____
Departamento: _____ Email: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¡Sí! Me gustaría apoyar (seleccione uno):

- Círculo de Amigos:** Da asistencia a usted o a un colega en un momento de dificultad económica.
El Fondo McLaughlin: Da asistencia a usted o a un colega para cubrir gastos médicos imprevistos.
El Fondo Fiduciario: Le permite a la Fundación usar su donación donde pueda tener el mayor impacto.
El Fondo Reconocimiento: Proporciona un reconocimiento anual para todo el personal.
Viviendas disponibles para empleados: Proporciona apoyo de vivienda crítico para los empleados del hospital.

Donación única (cheque, tarjeta de crédito):

Adjunto mi cheque como una contribución de una sola vez por la cantidad de \$ _____
Por favor, cargue a mi tarjeta de crédito la cantidad de \$ _____
Número de Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento: _____
Nombre en la Tarjeta: _____

Donación de la Planilla de sueldo – Deducción de su cheque (un mínimo de \$5.00 por cheque de pago):

Contribución continua: Me gustaría contribuir \$ _____ de cada cheque de pago.
** Continúa hasta que usted notifique a la Fundación **
Número específico de períodos de pago: Me gustaría contribuir \$ _____ de cada cheque de pago
por _____ periodos de pago por una contribución TOTAL de \$ _____
Contribución única: Me gustaría hacer una contribución única de \$ _____ de mi cheque de pago.

Donación de la Planilla de sueldo - Horas de PTO (mínimo e incrementos de 0.5 horas):

Contribución continua: Me gustaría contribuir _____ hora(s) de PTO de cada cheque de pago.
** Continúa hasta que usted notifique a la Fundación **
Número específico de períodos de pago: Me gustaría contribuir _____ horas de PTO de cada cheque de pago
por _____ periodos de pago para una contribución TOTAL de _____ horas de PTO.
Contribución única: Me gustaría hacer una contribución única de _____ hora(s) de PTO de mi cheque de pago.

Declinación o cambiar:

Agradezco el esfuerzo de la Fundación de St. Luke's Wood River pero no puedo contribuir en este momento.
Por favor cambie mi contribución continua y existente a _____

Firma (Requerida): _____ Fecha: _____

Mi Donación es anonima Por favor no publique mi nombre.

Nombre(s) por el que podemos reconocer su donación _____

Yo solicito y autorizo al Centro Médico St. Luke's Wood River a deducir la(s) cantidad(es) indicada(s) de mi(s) cheque(es) de pago como una donación deducible de impuestos a favor de St. Luke's Wood River Foundation. Entiendo que la donación es hecha después de la deducción de impuestos y que recibiré un resumen de totales para trámites con el IRS.

El servicio de planilla no está disponible para PRN ni para empleados por temporada.

Por favor devuelva el formulario llenado a la Fundación de St. Luke's Wood River

Para más información comuníquese con Hannah Howe, 727-8416 o howeha@slhs.org

¡Gracias por su servicio y generosidad!