Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Email: _____

Teléfono: _____

**Identificación del Donador:**
**Iglesia:** _____

***PASO 1***. □ ***Si, nosotros queremos ayudar a nuestras parroquias Católicas, a las familia, a los sacerdotes, a lose seminarios, y a aquellos que lo necesitan en nuestra Arquidiócesis***.

Ministerios y Servicios de la Arquidiócesis: **$** _____

Donación Adicional para la Educación del Seminarista: + **$** _____

**Donación Total CSA =** **$** _____

**Monto Incluído:** **$** _____

**Balance:** **$** _____

(Por favor escriba cheques a nombre de ***Catholic Services Appeal***.)

***Para aprender más acerca de la Campaña de Servicios Católicos o para ver el video del 2025 de la Campaña de Servicios Católicos visite www.ArchLou.org/CSA.***

SCAN ME

## ***Paso 2***. *Cumplimiento de Donación*

Si usted está haciendo una donación, por favor indique cómo desea cubrir el resto del balance a partir de esta fecha, hasta el 30 de junio del 2026.

❑ **Pagar por Cheque** *Por favor escoja los meses para recibir un recordatorio* Nov Dic Ene Feb Mar Abr May Jun

❑ **Tarjeta de Crédito / Retiro Automático del Banco** (Por favor complete la siguiente sección con la información de la cuenta bancaria.)

❑ **Donación de Acciones** Nombre de la Acción: _____ para darse en (mes): _____

### AUTORIZACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS

❑ Cargo único por la Donación Total con base escrita en esta forma.

❑ Donación: Cargo $ _____ por _____ meses en el 15th del mes para completar la donación a más tardar el 30 de junio del 2025.

❑ Donación recurrente: Cargo _____ cada mes hasta que yo notifique que se cancele. (Puede cancelarse en cualquier momento.)

Número de Tarjeta

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Exp. _____ /_____ Clave CVV_____

Código Postal de la Tarjeta_____

### AUTORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE RETIRO BANCARIO

❑ Donación: Por favor transfiera $ _____ por _____ meses el día 15 de cada mes para cubrir mi donación para el 30 de junio del 2025.

❑ Donación Recurrente: Cargue _____ cada mes hasta que yo notifique que se cancele. (Puede cancelarse en cualquier momento.)

*** Por favor, asegúrese de incluir un cheque nulo***

Nombre _____

Firma _____

Teléfono de Día (_____) _____

**Su donación también puede hacerse de manera segura en línea a través del sitio de internet ArchLou.org/CSA utilizando su Identificación del Donador que aparece arriba de esta forma.**

**¿Ha recordado a la Arquidiócesis o a su Parroquia en su Testamento?** ❑ Sí ❑ Por favor envíe información de la Planeación de Herencia.

Si usted tiene preguntas acerca de la Campaña de Servicios Católicos, por favor contacte a Melissa Herberger al (502) 585-3291, Ext. 1127.