

Padre, la vida es tu regalo para nosotros. Tu eres la fuente de vida. En tu eres nuestro destino de vida. En nuestro camino, a través de la fuente de vida, obtenemos tu luz, verdad, bondad, ayudarnos, a sobrellevar esta pesada carga que llevamos, cada uno de nosotros, especialmente en estos momentos difíciles no solo espirituales sino materiales. Mostramos el camino e iluminamos a superar estas pesadas cargas, como verdaderos discípulos, quienes como nosotros, solicitamos tu ayuda misericordia en el corazón de nuestro Salvador. Hacemos este pedido en nombre de Jesús. Amén.



campaña anual del obispo 2009

Esta Area es Sólo Para Uso de la Parroquia
(Pegar aquí la etiqueta de identificación **rosada**)

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ZIP: _____

PARROQUIA: _____ CIUDAD: _____

FAVOR HACER CHEQUES PAGADEROS: (NOMBRE DE TU PARROQUIA Y B.A.A.)

Plan de Donación Sugerido	5 Pagos/ Mes de	10 Pagos/ Mes de
Oro \$5,000	\$1,000	\$500
Plata 2,500	500	250
Bronce 1,000	200	100
	\$750	\$150
	500	100
	250	50
	100	20
		10

SOCIEDAD MITER

- Estoy/Estamos recordando a nuestra parroquia, escuela o a la diócesis en nuestro presupuesto.
- Estoy/Estamos interesados en tener mas información para hacer un plan de regalo para beneficiar a nuestra parroquia, escuela o a la diócesis.

DONACIÓN TOTAL \$ _____

PAGO AHORA \$ _____

CHEQUE EFECTIVO

SALDO \$ _____

Deseo pagar el saldo en esta modalidad: crédito/débito

En 5 mensualidades En 10 mensualidades

O facturarme en los siguientes meses:

2009 Septiembre **2010**

Junio Octubre Enero

Julio Noviembre Febrero

Agosto Diciembre Marzo

FIRMA DEL DONANTE

CUENTA BANCARIA

✳ Autorizo a la Diócesis de Columbus a retirar la suma de \$_____ al mes por _____ meses (# de meses no deben de sobrepasar más de 10 meses) hasta que mi donación de \$_____ sea pagada en su totalidad.

✳ Para transferir electrónicamente de mi cuenta bancaria en el 5° ó en el 20° día de cada mes.

(Transferencias empezarán en Junio, 2009.)

Nombre: _____ Fecha: _____

(PLEASE PRINT)

Firma: _____
Teléfono (día): () _____

FAVOR DE COMPLETAR AL FRENTE CON SU NOMBRE Y DIRECCIÓN Y ADJUNTAR SU CHEQUE INVALIDADO!

TARJETA DE CRÉDITO

✳ Autorizo a la Diócesis de Columbus a cargar en mi cuenta de: Visa MasterCard la suma de \$_____ al mes, por _____ meses (# de meses no debe sobrepasar más de 10 meses), hasta que mi donación de \$_____ sea pagada en su totalidad.

✳ Favor cargar electrónicamente mi tarjeta de crédito en el 5° ó en el 20° día de cada mes.

Tarjeta de Crédito # _____
(13 ó 16 dígitos)

Solamente Visa® ó MasterCard®—Cargos empezarán en Junio, 2009.

Imprimir Nombre del Dueño de la Cuenta: _____

Firma del Dueño de la Cuenta: _____

Teléfono (día): () _____

FAVOR DE COMPLETAR AL FRENTE CON SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.