



## Maricopa Health Foundation Donation

2601 E Roosevelt Street, Phoenix, Arizona 85008, Phone/Teléfono 602-344-1818  
MaricopaHealthFoundation@MIHS.org

### 1. My name and address/Mi nombre y dirección y teléfono

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code/Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

### 2. How I want to support the Foundation/Manera en que quiero apoyar a la Fundación

A) Using percentages please indicate the programs you want to support. Your percentages should total 100%. If none selected, your donation will be used where most needed/*Mediante porcentajes indique los programas que desea apoyar. Estos porcentajes deben sumar 100%. Si no selecciona ninguno, su donación se usará donde sea más necesaria.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> %] Gift of Hope for Cancer Care (Cuidado del cancer) | <input type="checkbox"/> %] Helping Hands for Employees (Ayuda a Empleados)      |
| <input type="checkbox"/> %] Women & Arizona Children's Center                 | <input type="checkbox"/> %] Medical Education ( <i>Educación médica</i> )        |
| <input type="checkbox"/> %] Trauma & Arizona Burn Center                      | <input type="checkbox"/> %] Where most needed ( <i>Donde sea más necesario</i> ) |

B) If you would like your donation dedicated in honor of someone, please note:  
*Si desea dedicar su donación en honor a alguien, por favor anótelo:*

In honor of/En honor a: \_\_\_\_\_

### 3. One time payment method/Método de un solo pago

A) One-Time Credit Card: /Un solo pago de la Tarjeta de Crédito:

Visa                       Discover                       MasterCard                       American Express

Account Number/Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Amount:/Cantidad: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Expiration Date:/Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

B) One-Time Check made payable to "Maricopa Health Foundation"/*Un sólo cheque pagadero a "Maricopa Health Foundation"* Amount:/Cantidad: \_\_\_\_\_

### 4. Payroll Deduction MIHS and MedPro employees Only\* Deducción de la nómina de pago de MIHS y MedPro (solamente empleados)\*

I want to contribute the following amount each pay period  
*Quiero contribuir la siguiente cantidad cada día de pago:*

\$40 Leadership Giving/Donación de Liderazgo     \$25     \$10     \$5     \$1     \$ \_\_\_\_\_

Employee ID number:/Número de ID del Empleado: \_\_\_\_\_ Department Name/Departamento: \_\_\_\_\_

\*Your deduction will continue as long as you are employed by MIHS or MedPro. It may be modified at any time through the Human Resources Departments. /\*Su deducción continuará mientras sea empleado de MIHS o MedPro. Puede modificarse en cualquier momento a través del Departamento de Recursos Humanos.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_

Date/Fecha: \_\_\_\_\_