

AUTHORIZATION FORM

TRINITY LAS AMERICAS UNITED METHODIST CHURCH



Today's Date: ____/____/____		Type of Authorization: <input type="checkbox"/> New Authorization <input type="checkbox"/> Make Change(s) to Current Authorization	
First Name		Last Name	
Street Address			
City		State	Zip
Email Address		Phone Number	
DATE OF FIRST DONATION: ____/____/____	FREQUENCY OF DONATION: <input type="checkbox"/> Weekly – Every Monday <input type="checkbox"/> Monthly on the 15 th <input type="checkbox"/> Monthly on the ____ (choose any day of the month, 1 st - 27 th)	FUNDS: <input type="checkbox"/> General/Operating <input type="checkbox"/> Red Door Campaign/ Cornerstone <input type="checkbox"/> Pastor's Emergency Discretion Fund <input type="checkbox"/> Prison Van Ministry <p style="text-align: right;">Total</p>	AMOUNT(S): \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
CHECKING ACCOUNT INFORMATION	<u>Please attach a voided check to this form AND provide Routing Number and Account Number here:</u>		
	Routing Number: _____ <i>Valid Routing # must start with 0, 1, 2, or 3</i>		
	Account Number: _____ 		
I authorize the above organization to process debit entries to my account. I understand that this authority will remain in effect until I provide reasonable notification to terminate the authorization.			
Authorized Signature: _____ Date: _____			

**Please return form to office: Trinity Las Américas United Methodist Church
 PO Box 41005
 Des Moines, IA 50311**

If you have questions, call our office at 515-288-4056.

FORMA DE AUTORIZACION

TRINITY LAS AMERICAS UNITED METHODIST CHURCH



Fecha de Hoy: ____/____/____		Tipo de Autorización: <input type="checkbox"/> Nueva Autorización <input type="checkbox"/> Hacer Cambio(s) a Su Autorización Actual	
Primer Nombre		Apellido(s)	
Dirección de Correo			
Ciudad		Estado	Código Postal
Dirección de Correo Electrónico		Número de Teléfono	
FECHA DE SU PRIMERA DONACION: ____/____/____	FRECUENCIA DE DONACIONES: <input type="checkbox"/> Semanalmente – Cada lunes <input type="checkbox"/> Mensualmente – los días 15 <input type="checkbox"/> Mensualmente - ____ (elija cualquier día del mes, 1- 27)	FONDOS: <input type="checkbox"/> General/Operativo <input type="checkbox"/> Campaña de Red Door/ Cornerstone <input type="checkbox"/> Fondo a discreción de los pastores para emergencias <input type="checkbox"/> Ministerio de transporte a las cárceles <p style="text-align: right;">Total</p>	CANTIDAD(ES): \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
INFORMACION DE CUENTA DE CHEQUES	Por favor anule un cheque y adjúntelo a esta forma Y provea el Número de Ruta y el Número de Cuenta aquí:		
	Número de Ruta: _____ <i>Número de Ruta válido debe empezar con 0, 1, 2, o 3</i>		
	Número de Cuenta: _____ 		
Yo autorizo a la organización nombrada arriba para procesar entradas de débito a mi cuenta. Entiendo que esta autorización quedará en efecto hasta que yo provea notificación razonable para terminar la misma.			
Firma Autorizada: _____ Fecha: _____			

Por favor regrese esta forma a nuestra oficina:
Trinity Las Américas United Methodist Church
PO Box 41005
Des Moines, IA 50311

Si usted tiene algunas preguntas, llame a nuestra oficina al 515-288-4056.