

2025 TEAM MEMBER APPEAL - DONATION FORM

NAME: _____ TEAM MEMBER ID (CentraState/AHS): _____

DEPARTMENT: _____ LOCATION: _____

PERSONAL EMAIL: _____ TEL. NUMBER: _____

I would like to designate my gift to (please select one – if no selection is made, your gift will be used for the Area of Greatest Need): ☐ Employee Emergency Assistance ☐ Cardiac Services ☐ Statesir Cancer Center

☐ Patient Assistance ☐ CentraState Team Member Scholarships ☐ Other _____

☐ Free t-shirt to anyone who donates \$20 or more (or 1xPTO hour) Please circle one: S M L XL 2XL 3XL

☐ Free Dri-Fit polo shirt to anyone who donates \$40 or more (or 2xPTO hours) Please circle one: S M L XL 2XL 3XL

Please Circle One Cut: Men's Women's

Shirt sizes are limited – we will do our best to accommodate your choice. Your shirt will be sent to the department listed above.

CENTRASTATE EMPLOYEES

☐ **Automatic Payroll Deduction:** Please deduct \$_____ per paycheck.

(Your gift will be automatically renewed each year. You may change/cancel this automatic deduction at any time by contacting the CentraState Foundation Office)

☐ **One-Time Payroll Deduction:** Please make a one-time deduction of \$_____ from my paycheck.

☐ **One-time PTO donation:** I would like to donate _____ PTO hours.

☐ **One-time cash payment enclosed.** See below for mailing address.

☐ **One-time check payment enclosed.** Checks made out to CentraState Healthcare Foundation.

☐ **I already made a credit card donation online.**

☐ **I would like to make a monthly recurring credit card donation—please call me at the above number.**

ATLANTIC HEALTHCARE SYSTEM EMPLOYEES

☐ **One-time cash payment enclosed.** See below for mailing address.

☐ **One-time check payment enclosed.** Checks made out to CentraState Healthcare Foundation.

☐ **I would like to make a monthly recurring credit card donation—please call me at the above number.**

☐ **I already made a credit card donation online.**

PAVERS (outside main lobby doors by flagpole) Someone will contact you with further information

☐ **4"x8" Paver—\$250** ☐ **\$9.62 Per Pay Deduction (26 pays)** ☐ **\$250 One Time Payment**

☐ **8"x8" Paver—\$500** ☐ **\$19.24 Per Pay Deduction (26 pays)** ☐ **\$500 One Time Payment**

☐ **I will make a credit card payment online.**

PAYMENT OPTIONS:

Please scan and return to Dakota.Canta@centrastate.com. If cash or check included, please interoffice or mail to Dakota Cantata at CentraState Healthcare Foundation, 225 Willow Brook Road, Suite 5, Freehold, NJ 07728.



**CentraState
Healthcare Foundation**

Questions? 732-294-7135 / Dakota.Canta@centrastate.com

LLAMACIÓN DE MIEMBROS DEL EQUIPO 2025- FORMULARIO DE DONACIÓN

NOMBRE: _____ D DE MIEMBRO DEL EQUIPO (CentraState/AHS): _____

DEPARTAMENTO: _____ UBICACIÓN: _____

EMAIL PERSONAL: _____ TEL. NÚMERO: _____

Me gustaría destinar mi donación a (seleccione una opción; si no selecciona ninguna, su donación se destinará al Área de Mayor Necesidad): ☐ Asistencia de Emergencia para Empleados ☐ Servicios Cardíacos ☐ Centro Oncológico Statesir ☐ Asistencia al Paciente ☐ Becas para Miembros del Equipo de CentraState

☐ Otro _____

☐ Camiseta gratis para quienes donen \$20 o más (o 1 hora de tiempo libre). Marque una opción: S M L XL 2XL 3XL

☐ Polo gratis para quienes donen \$40 o más (o 2 horas de tiempo libre). Marque una opción: S M L XL 2XL 3XL

Las tallas de las camisetas son limitadas; haremos todo lo posible por adaptarnos a su elección. Su camiseta se enviará al departamento indicado anteriormente.

EMPLEADOS DEL ESTADO CENTRAL

☐ Automático Deducción de paga: Por favor deduzca \$ _____ por cheque de pago. (Su regalo se renovará automáticamente cada año. Puede cambiar/cancelar esta deducción automática en cualquier momento contactando a la Oficina de la Fundación CentraState)

☐ Deducción de nómina única: Por favor haga una deducción única de \$ _____ de mi sueldo.

☐ Donación única de PTO: Me gustaría donar _____ horas de PTO.

☐ Pago único en efectivo adjunto. Consulte a continuación la dirección postal.

☐ Pago único con cheque adjunto. Cheques a nombre de CentraState Healthcare Foundation.

☐ Ya hice una donación con tarjeta de crédito en línea.

☐ Me gustaría hacer una donación mensual recurrente con tarjeta de crédito. Por favor - llámame al

EMPLEADOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ATLÁNTICO

☐ Se adjunta pago único en efectivo. Consulte a continuación la dirección postal

☐ Se adjunta pago único con cheque. Cheques a nombre de CentraState Healthcare Foundation.

☐ Me gustaría hacer una donación mensual recurrente con tarjeta de crédito; llame al Yo al número anterior.

☐ Ya hice una donación con tarjeta de crédito en línea.

Adoquines (afuera de las puertas del vestíbulo principal junto al asta de la bandera) Alguien se comunicará con usted para brindarle más información.

☐ Adoquín de 4"x8"—\$250 ☐ Deducción de \$9.62 por pago (26 pagos) ☐ Pago único de \$250

☐ Adoquín de 8"x8"—\$500 ☐ Deducción de \$19.24 por pago (26 pagos) ☐ Pago único de \$500

☐ Haré un pago con tarjeta de crédito en línea.

Escanee y envíelo a Dakota.Canta@centrastate.com. Si se incluye efectivo o cheque, comuníquese con la oficina o envíe un correo a Dakota Canta al CentraState Healthcare Foundation,
225 Willow Brook Road, Suite 5, Freehold, NJ 07728.



CentraState
Healthcare Foundation

