

**Umatilla-Morrow Head Start Inc.
PLAN PARA RECAUDACION DE FONDOS**

Centro _____

Persona de Contacto _____ # De Teléfono _____

Fecha y Horario del Evento _____

Localidad del Evento _____

Actividad Planeada Para Recaudar Fondos _____

Propósito específico para lo que se usará el dinero de la Recaudación de Fondos _____

¿Donativos? Si ___ No ___ (Si "Si", explique con más detalle) _____

Publicidad Planeada _____

(Incluya una muestra, si es posible; Toda publicidad tiene que tener la Aprobación de los Directores)

FIRMA _____ FECHA _____

(Dirigente de grupo, Maestro, o Defensor de Niño y Familia)

FIRMA _____ FECHA _____

(Presidente del Comité del Centro o Representante al Concilio de Póliza)

Favor de dar una copia del plan de su centro al Coordinador de Involucración de Padres, después de la aprobación

FOR OFFICE USE ONLY (Solo para uso de oficina)
PC
Approval _____ Chairperson
Date _____