

Santa Barbara County



WALKER'S NAME _____
(Nombre del participante)

ADDRESS _____
(Dirección)

CITY _____ STATE _____ ZIP _____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

PHONE _____ E-MAIL _____
(Teléfono)

AIDS Walk

TEAM NAME (Only if applicable) _____

Please collect pledges in advance. Make checks payable to Pacific Pride Foundation (PPF). All contributions are tax deductible.

Por favor cobre patrocinadores en avance. Haga cheques pagable a Pacific Pride Foundation (PPF). Todas contribuciones son deducible de impuestos.

Sponsor Name (Nombre Del Patrocinador)	Address/City (Dirección/Ciudad)	Zip (Codigo Postal)	Phone (Teléfono)	Donation Amount (Suma de Donación)	Donation Enclosed (Donacion Contenida)
Joanne Walker (example)	104 Sample St., SB	93101	999-9999	\$100	<input checked="" type="checkbox"/>
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>
7					<input type="checkbox"/>
8					<input type="checkbox"/>
9					<input type="checkbox"/>
10					<input type="checkbox"/>
11					<input type="checkbox"/>
12					<input type="checkbox"/>
13					<input type="checkbox"/>
14					<input type="checkbox"/>
15					<input type="checkbox"/>
16					<input type="checkbox"/>
17					<input type="checkbox"/>
				TOTAL \$	TOTAL \$

Pledge sheet full? Download a blank pledge form at www.pacificpridefoundation.org.

¿Esta llena su hoja? Descarge una hoja en blanco de patrocinadores en www.pacificpridefoundation.org.

Release Statement

I, _____, release the Heart & Sole AIDS Walk sponsors and organizers from any claims or liability resulting from my participation in the Heart & Sole AIDS Walk.

SIGNED: _____

DATE: ____/____/____