

CBS | SPONSORSHIP INQUIRY FORM

Formulario de interés en patrocinio

Thank you for your interest in supporting CBS. / Gracias por su interés en apoyar a CBS.

Please complete this form and email it to admin@cabenefitssupport.com

Complete este formulario y envíelo a admin@cabenefitssupport.com

1. Contact Information / Información de contacto

First Name / Nombre

Last Name / Apellido

Company Name / Empresa

Position/Title / Cargo

Phone Number / Teléfono

Email / Correo electrónico *

City / Ciudad *

State/Region / Estado o región *

2. Sponsorship Type / Tipo de patrocinio

☐ Financial / Económico

☐ In-kind donation / Donación en especie

☐ Community partnership / Alianza comunitaria

☐ Other / Otro

Proposed Financial Amount (optional) / Monto propuesto (opcional)

If other, please describe / Si seleccionó otro, describa

3. Additional Details / Información adicional

How would you like to support CBS? / ¿Cómo le gustaría apoyar a CBS?

☐ I agree to be contacted about sponsorship opportunities.

Acepto que me contacten sobre oportunidades de patrocinio.

* Required / Obligatorio | CBS • California Benefits Support Center

Please do not include sensitive personal or financial information. / No incluya datos confidenciales.