

# ITEMS TO DONATE



Item	Drop-Off Location	Value	Date Completed
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	
<input type="checkbox"/>		\$	

Notes: