



ID Globale \_\_\_\_\_

À PROPOS DE VOTRE DON – Choisissez 1, 2, 3, 4 ou 5 (ou une combinaison de ces options)



centraide.ca



**1 Mon Centraide United Way local**  Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide United Way.

Mon Centraide United Way local distribuera mon don là où il aura l'impact le plus important dans ma communauté \_\_\_\_\_ \$

**et/ou, attribuez mon don là où il soutiendra:**

**Amélioration des conditions de vie**  
Répondre aux besoins essentiels des personnes les plus vulnérables de nos collectivités, en donnant à chaque Canadien l'occasion de bâtir un avenir meilleur. \_\_\_\_\_ \$

**Favoriser la réussite des jeunes**  
Fournir aux enfants et aux jeunes le soutien dont ils ont besoin pour prendre un bon départ dans la vie, bien réussir à l'école et réaliser leur plein potentiel. \_\_\_\_\_ \$

**Bâtir des collectivités fortes et saines**  
Créer des quartiers vivants, où tous éprouvent un sentiment d'appartenance et un attachement les uns envers les autres. \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.

REVENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **1** TOTAL \$

---

**2 Autre** Centraide United Way de \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.

REVENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **2** TOTAL \$

**3 PartenaireSanté**  Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.

partenaieresante.ca

Diviser le montant auprès des 16 organismes \_\_\_\_\_ \$

**et/ou à l'un ou plusieurs des organismes et fond spécial suivants:**

Cœur + AVC \_\_\_\_\_ \$ L'Association pulmonaire \_\_\_\_\_ \$

Commission de la santé mentale du Canada \_\_\_\_\_ \$ Parkinson Canada \_\_\_\_\_ \$

Crohn et Colite Canada \_\_\_\_\_ \$ Société Alzheimer du Canada \_\_\_\_\_ \$

Diabète Canada \_\_\_\_\_ \$ Société canadienne de la sclérose en plaques \_\_\_\_\_ \$

Dystrophie musculaire Canada \_\_\_\_\_ \$ Société canadienne de la SLA \_\_\_\_\_ \$

Fibrose kystique Canada \_\_\_\_\_ \$ Société canadienne de l'hémophilie \_\_\_\_\_ \$

Fondation canadienne du foie \_\_\_\_\_ \$ Société canadienne du cancer \_\_\_\_\_ \$

Fondation canadienne du rein \_\_\_\_\_ \$ Société de l'arthrite \_\_\_\_\_ \$

Société Huntington du Canada \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION 01555 REVENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **3** TOTAL \$

**4 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS** Don minimum de 26 \$ par organisme Consultez canada.ca/organismes-bienfaisance-liste

ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant \_\_\_\_\_ N° D'ENREGISTREMENT/NE \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ La case 4 comporte le même code que votre Centraide United Way local parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance Canadiens enregistrés. REVENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **4** TOTAL \$

**DON TOTAL** **1** + **2** + **3** + **4** = TOTAL \$

DONS DE 499\$ ET +  Je souhaite être reconnu comme donateur.

*Merci*

**JE SOUHAITE FAIRE MON DON DE LA FAÇON SUIVANTE** Des reçus officiels de don seront remis pour tout don de 20 \$ et plus

**REVENUES À LA SOURCE\*** \_\_\_\_\_ \$

**COMPTANT**  **CHÈQUE** N° du chèque: \_\_\_\_\_ Date du chèque: \_\_\_\_\_ Libellez le chèque à Centraide United Way - CCMTGC \_\_\_\_\_ \$

**CARTE DE CRÉDIT**  Visa  MC  Amex Inscrivez votre numéro de téléphone et votre courriel personnel dans la section de l'adresse au haut de ce formulaire.

N° de la carte \_\_\_\_\_ date d'expiration MM/AA \_\_\_\_\_

Signature ~~X~~ \_\_\_\_\_

**MENSUEL** Don par carte de crédit de \_\_\_\_\_ \$ pour une période de 12 mois à compter du 15 janvier, totalisant → \_\_\_\_\_ \$

**PONCTUEL** Don par carte de crédit de la somme de → \_\_\_\_\_ \$

**Autres formes de don:** Pour savoir comment faire un don d'assurance-vie, d'action ou léguer des biens personnels, communiquer avec un représentant de votre Centraide United Way local.

**\* REMPLISSEZ CETTE SECTION SI VOUS FAITES UN DON PAR RETENUES À LA SOURCE** ATTENTION: Trésoriers de la campagne, traiter conformément aux indications du guide du trésorier

PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ CIDP/MATR \_\_\_\_\_

INDIQUER ICI COMMENT VOUS SOUHAITEZ VENTILER VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE.

J'autorise la déduction de \_\_\_\_\_ \$ par paie DON TOTAL \$

**1** TOTAL \$ \_\_\_\_\_ **2** TOTAL \$ \_\_\_\_\_ **3** TOTAL \$ \_\_\_\_\_ **4** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

0 1 5 5 5

~~X~~ SIGNATURE \_\_\_\_\_ A M J

**N.B.:** La case 4 indique le même code que votre Centraide United Way local parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

\* Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way dans le contexte de la CCMTGC ne sont utilisés ou divulgués que pour faciliter les dons, y compris l'émission de reçus à des fins fiscales. La communication de renseignements personnels est entièrement volontaire, mais un don peut ne pas être traité correctement si vous fournissez des renseignements insuffisants ou inexacts. Les personnes qui souhaitent consulter ou corriger leurs renseignements personnels peuvent communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée de Centraide United Way Canada. Les renseignements recueillis par les bureaux de paie aux fins de retenues sur la paie sont conservés dans le fichier de renseignements personnels POE 904. Les renseignements personnels recueillis dans le cadre de la CCMTGC seront protégés conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et aux politiques du gouvernement du Canada et seront conservés par Centraide United Way Canada comme l'exige l'ARC, puis éliminés de façon sécuritaire. Si vous croyez que des renseignements personnels ont été traités ou divulgués de façon inappropriée, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'agent de la protection de la vie privée de Centraide United Way Canada ou auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada.

NTL22



FOR OFFICE ONLY

DATE

Global ID \_\_\_\_\_

**GIFT DISTRIBUTION -Choose 1,2,3 or 4 (or combination of each)**

**1 My local United Way Centraide**  YES, I agree to receive communications from your local United Way.

My local United Way Centraide — to distribute where it will have the greatest impact in my community. \_\_\_\_\_ \$

**AND/OR Direct the following amount to:**

**Moving People From Poverty to Possibility**  
Helping to meet the basic needs of our community's most vulnerable people, giving every Canadian the opportunity to realize a better future. \_\_\_\_\_ \$

**Helping Kids Be All They Can Be**  
Giving children and youth the support they need to get a great start in life, do well in school, and reach their full potential. \_\_\_\_\_ \$

**Building Strong And Healthy Communities**  
Creating vibrant neighbourhoods, where everyone experiences a sense of belonging and connection to one another. \_\_\_\_\_ \$

IDENTIFICATION # \_\_\_\_\_ Consult the GCWCC calendar for the list of codes.  
PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = **1** \$ TOTAL

**2 Other** United Way Centraide of \_\_\_\_\_ \$

IDENTIFICATION # \_\_\_\_\_ Consult the GCWCC calendar for the list of codes.  
PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = **2** \$ TOTAL

**3 HealthPartners** [healthpartners.ca](http://healthpartners.ca)  YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

By donating to all 17 of its member charities \_\_\_\_\_ \$

**AND/OR to one or more of HealthPartners' members and special fund:**

ALS Society of Canada \_\_\_\_\_ \$ Diabetes Canada \_\_\_\_\_ \$

Alzheimer Society of Canada \_\_\_\_\_ \$ Heart & Stroke \_\_\_\_\_ \$

Arthritis Society \_\_\_\_\_ \$ Huntington Society of Canada \_\_\_\_\_ \$

Canadian Cancer Society \_\_\_\_\_ \$ Mental Health Commission of Canada \_\_\_\_\_ \$

Canadian Hemophilia Society \_\_\_\_\_ \$ Multiple Sclerosis Society of Canada \_\_\_\_\_ \$

Canadian Liver Foundation \_\_\_\_\_ \$ Muscular Dystrophy Canada \_\_\_\_\_ \$

Crohn's and Colitis Canada \_\_\_\_\_ \$ Parkinson Canada \_\_\_\_\_ \$

Cystic Fibrosis Canada \_\_\_\_\_ \$ The Kidney Foundation of Canada \_\_\_\_\_ \$

The Lung Association \_\_\_\_\_ \$

IDENTIFICATION # 01555 PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = **3** \$ TOTAL

**4 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES** (minimum \$26 per gift per charity) Visit [canada.ca/charities-list](http://canada.ca/charities-list)

ORGANIZATION or program if applicable \_\_\_\_\_ BN/REGISTRATION # \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

IDENTIFICATION # \_\_\_\_\_ Box 4 has the same code as your local United Way Centraide because it processes and distributes these gifts to the other Canadian registered charities. PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = **4** \$ TOTAL

**TOTAL GIFT** **1** + **2** + **3** + **4** = \$ TOTAL

FOR GIFTS ABOVE \$499  I wish to be recognized as a donor.

*Thank you*

**THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION** Tax receipts automatically issued for gifts of \$20 or more.

PAYROLL DEDUCTION\* \_\_\_\_\_ \$

CASH  CHEQUE Cheque Number: \_\_\_\_\_ Cheque Date: \_\_\_\_\_ Make cheques payable to United Way Centraide - GCWCC \_\_\_\_\_ \$

CREDIT CARD  Visa  MC  Amex Include your personal telephone number and personal email in the address section at the top of this form.

Card # \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE MM/YY \_\_\_\_\_

Signature ~~X~~ \_\_\_\_\_

MONTHLY credit card gift of \$ \_\_\_\_\_ for 12 months beginning Jan. 15 for a total of \_\_\_\_\_ \$

ONE-TIME credit card gift in the amount of \_\_\_\_\_ \$

**Other Giving Options:** For information on gifts of life insurance, stock, or bequests, please contact your local United Way Centraide.

\* FILL OUT THIS SECTION IF GIVING THROUGH PAYROLL DEDUCTION ATTENTION: Campaign Treasurers, process in accordance with the Treasurer's Guide's instructions

FIRST NAME \_\_\_\_\_ LAST NAME \_\_\_\_\_ PRI/REG \_\_\_\_\_

INDICATE HERE HOW YOU DISTRIBUTED YOUR PAYROLL GIFT ABOVE.

**1** \$ TOTAL \_\_\_\_\_ **2** \$ TOTAL \_\_\_\_\_ **3** \$ TOTAL \_\_\_\_\_ **4** \$ TOTAL \_\_\_\_\_

I authorize the deduction of \$ \_\_\_\_\_ per pay \$ TOTAL GIFT \_\_\_\_\_

~~X~~ SIGNATURE \_\_\_\_\_ Y M D \_\_\_\_\_

**Note: Box 4 has the same code as your local United Way Centraide because it processes and distributes these gifts to the other Canadian registered charities.**

\* This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. Personal information collected by United Way Centraide for GCWCC is only used or disclosed to facilitate donations, including issuing tax receipts. Providing personal information is entirely voluntary, but a donation may not be properly processed if you provide insufficient or incorrect information. Persons wishing to access or correct their personal information may contact the United Way Centraide Canada Privacy Officer. Information collected by pay offices for payroll deductions is held in PIB PSE 904. Personal information collected during GCWCC will be protected as required by the Privacy Act and Government of Canada policies, will be retained by United Way Centraide Canada as required by the CRA, and then disposed of securely. If you believe that personal information has been improperly handled or disclosed, you may file a complaint with the United Way Centraide Canada Privacy Officer or with the Privacy Commissioner of Canada.

NTL22