



FOR OFFICE ONLY

DATE

Organizational Structure: _____ / _____ / _____

Year of Birth

* Mandatory fields

Name* _____
First Middle Last

Contact me by Tel. Email Language preference* EN FR

Home address* _____

City* _____ Prov.* _____ Postal code* _____

Personal phone number _____
Required for credit card donations

Professional phone number _____
Extension

Email* _____
Required for credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

YES, I want to receive information about the GCWCC.
Don't forget to enter your email.

ABOUT YOUR GIFT – Choose 1,2,3 or 4 (or combination of each)



1 United Way East Ontario

unitedwayeo.ca

YES, I agree to receive communications from United Way East Ontario.

Tackling the tough problems across Prescott-Russel, Ottawa, Lanark and Renfrew Counties.

Yes, please direct my donation where it's needed most and will have the greatest impact. _____ \$

and/or direct my donation to a specific area:

Housing and Homelessness _____ \$

Child and Youth Success _____ \$

Poverty and Basic Needs _____ \$

Seniors and Caregivers _____ \$

Mental Health and Addictions _____ \$

IDENTIFICATION # 01001 PAYROLL DEDUCTIONS 12 x \$ _____ = **1** \$ TOTAL

2 Centraide Outaouais

centraideoutaouais.com

YES, I agree to receive communications from Centraide Outaouais.

Tackling the tough problems across Gatineau, MRC des Collines, Pontiac, Papineau and Vallée-de-la-Gatineau.

Yes, please direct my donation where it's needed most and will have the greatest impact. _____ \$

and/or direct my donation to a specific area:

TAKE CARE OF THE ESSENTIALS _____ \$

SUPPORT YOUTH SUCCESS _____ \$

BUILD CARING COMMUNITIES _____ \$

BREAK SOCIAL ISOLATION _____ \$

IDENTIFICATION # 01002 PAYROLL DEDUCTIONS 12 x \$ _____ = **2** \$ TOTAL

3 Other

United Way Centraide of _____

_____ \$

IDENTIFICATION # _____ Consult the GCWCC calendar for the list of codes.

PAYROLL DEDUCTIONS 12 x \$ _____ = **3** \$ TOTAL



4 HealthPartners

healthpartners.ca

YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

HealthPartners and its 17 leading Canadian health charities work together to save lives, fight disease and create healthy workplaces and communities across Canada.

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

and/or to one or more of HealthPartners' members:

ALS Society of Canada _____ \$

Alzheimer Society of Canada _____ \$

Arthritis Society _____ \$

Canadian Cancer Society _____ \$

Canadian Hemophilia Society _____ \$

Canadian Liver Foundation _____ \$

Crohn's and Colitis Canada _____ \$

Cystic Fibrosis Canada _____ \$

Diabetes Canada _____ \$

Heart & Stroke _____ \$

Huntington Society of Canada _____ \$

Mental Health Commission of Canada _____ \$

Multiple Sclerosis Society of Canada _____ \$

Muscular Dystrophy Canada _____ \$

Parkinson Canada _____ \$

The Kidney Foundation of Canada _____ \$

The Lung Association _____ \$

IDENTIFICATION # 01555 PAYROLL DEDUCTIONS 12 x \$ _____ = **4** \$ TOTAL

5 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES (minimum \$26 per gift per charity)

Visit canada.ca/charities-list

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

IDENTIFICATION # 01001 Box 5 has the same code as United Way East Ontario because it processes and distributes these gifts to the other registered charities. PAYROLL DEDUCTIONS 12 x \$ _____ = **5** \$ TOTAL

TOTAL GIFT **1** + **2** + **3** + **4** + **5** = \$ _____ 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 _____ \$

* 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 0 1 0 0 1	2 \$ TOTAL 0 1 0 0 2	3 \$ TOTAL 0 1 _____	4 \$ TOTAL 0 1 5 5 5	5 \$ TOTAL 0 1 0 0 1
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

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

X SIGNATURE _____ Y M D _____

YES, I agree to share my Personal Record Identifier (PRI) with United Way East Ontario (UWEO) for personal processing payroll deductions.

* 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 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 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 Privacy Officer or with the Privacy Commissioner of Canada.

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

DATE

Structure organisationnelle: / /

Année de naissance

* Champs obligatoires

Nom*

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique* Angl. Fr.

Adresse domiciliaire*

Ville* Prov.* Code postal*

N° de téléphone personnel

N° de téléphone au travail

Adresse courriel*

**Oui, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.
N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel.**

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

1 Centraide de l'Est de l'Ontario centraideeo.ca Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide l'Est de l'Ontario.

Nous relevons les défis les plus importants dans les communautés de Prescott et Russell, d'Ottawa, ainsi que des comtés de Lanark et de Renfrew.

Oui, veuillez investir mon don là où le besoin se fait ressentir le plus et là où il aura l'effet le plus palpable. \$

et/ou, plus spécifiquement :

Les problèmes de logement et de sans-abrisme \$

La réussite des enfants et des jeunes \$

La réduction de la pauvreté et satisfaction des besoins fondamentaux \$

Le soutien des personnes âgées et des proches aidants \$

Les problèmes de santé mentale et dépendances \$

N° D'IDENTIFICATION 01001 RETENUES À LA SOURCE x \$ = **1** TOTAL \$

2 Centraide Outaouais centraideoutaouais.com Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide Outaouais.

Nous relevons les défis les plus importants dans les communautés de Gatineau et les MRC des Collines, de Pontiac, Papineau et la Vallée-de-la-Gatineau.

Oui, veuillez investir mon don là où le besoin se fait ressentir le plus et là où il aura l'effet le plus palpable. \$

et/ou, plus spécifiquement :

ASSURER L'ESSENTIEL \$

SOUTENIR LA RÉUSSITE DES JEUNES \$

BÂTIR DES MILIEUX DE VIE RASSEMBLEURS \$

BRISER L'ISOLEMENT SOCIAL \$

N° D'IDENTIFICATION 01002 RETENUES À LA SOURCE x \$ = **2** TOTAL \$

3 Autre Centraide United Way de \$

N° D'IDENTIFICATION RETENUES À LA SOURCE x \$ = **3** TOTAL \$

5 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	<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$

N° D'IDENTIFICATION 01001 La case 5 comporte le même code que Centraide de l'Est de l'Ontario parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés. RETENUES À LA SOURCE x \$ = **5** TOTAL \$

4 PartenaireSanté partenairesante.ca Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.

PartenaireSanté, en collaboration avec ses 17 organismes de bienfaisance les plus importants au pays, cherchent à sauver des vies, à combattre les maladies et à créer des environnements de travail et des communautés sains dans l'ensemble du Canada.

Diviser le montant auprès des 17 organismes \$

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

Cœur + AVC \$

Commission de la santé mentale du Canada \$

Crohn et Colite Canada \$

Diabète Canada \$

Dystrophie musculaire Canada \$

Fibrose kystique Canada \$

Fondation canadienne du foie \$

La Fondation canadienne du rein \$

L'Association pulmonaire \$

Parkinson Canada \$

Société Alzheimer du Canada \$

Société canadienne de la sclérose en plaques \$

Société canadienne de la SLA \$

Société canadienne de l'hémophilie \$

Société canadienne du cancer \$

Société de l'arthrite \$

Société Huntington du Canada \$

N° D'IDENTIFICATION 01555 RETENUES À LA SOURCE x \$ = **4** TOTAL \$

DON TOTAL **1** + **2** + **3** + **4** + **5** = 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

RETENUES À LA SOURCE* \$

COMPTANT CHÈQUE N° du chèque: Date du chèque: Libellez la 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 **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 \$

*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 \$	5 TOTAL \$
01001	01002	01	01555	01001

SIGNATURE A M J

OUI, j'accepte de partager mon Code d'identification de dossier personnel (CIDP) avec Centraide de l'Est de l'Ontario aux fins de traitement de mes retenues à la source.

Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way 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.