



FOR OFFICE ONLY

DATE

Organizational Structure:

/

/

Year of Birth

* Mandatory fields

Name*

Contact me by Tel. Email Language preference* EN FR

Home address*

City* Prov.* Postal code*

Personal phone number

Professional phone number

Email*

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-Russell, 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 26 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 26 x \$ = 2 \$ TOTAL

3 Other

United Way Centraide of

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

PAYROLL DEDUCTIONS 26 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 26 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 your United Way East Ontario because it processes and distributes these gifts to the other Canadian registered charities. PAYROLL DEDUCTIONS 26 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:
CREDIT CARD Visa MC Amex Include your personal telephone number and personal email in the address section at the top of this form.
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 2 \$ TOTAL 3 \$ TOTAL 4 \$ TOTAL 5 \$ TOTAL
01001 01002 01 01555 01001

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 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.

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

DATE

Structure organisationnelle: / /

Année de naissance

* Champs obligatoires

Nom* prénom second prénom nom

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique* Angl. Fr.

Adresse domiciliaire*

Ville* Prov.* Code postal*

N° de téléphone personnel requis pour les dons par carte de crédit

N° de téléphone au travail poste téléphonique

Adresse courriel* requis pour les dons par carte de crédit et pour les reçus aux fins de l'impôt, ainsi que pour recevoir les nouvelles de la campagne

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 26 X \$ = 1 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 26 X \$ = 4 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 \$ \$ \$ \$

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 Canadiens enregistrés. RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = 5 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

REVENUES 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.
 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 \$
Signature X

*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.

1 TOTAL \$ 2 TOTAL \$ 3 TOTAL \$ 4 TOTAL \$ 5 TOTAL \$
01001 01002 01 01555 01001

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

X 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 en vertu 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.