



FOR OFFICE ONLY

DATE

Organizational Structure:

/

/

* Mandatory fields

Name* _____

First _____ Middle _____ Last _____

Year of Birth _____ Y _____

Contact me by Tel. Email Language preference* EN FR

Home address* _____

City* _____ Prov.* _____ Postal code* _____

Personal phone number _____

Extension _____

Email* _____

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

 YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.

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.

Addressing critical issues across the city of Gatineau, RCM Collines-de-l'Outaouais, 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 unites 20 national health charities to support people facing illness. Your donation funds care, research, and programs for conditions like cancer, heart disease, diabetes, and more—impacting nearly 9 in 10 Canadians

By donating to all 20 of its member charities \$ _____

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

ALS Society of Canada _____ \$ _____

Alzheimer Society of Canada _____ \$ _____

Arthritis Society Canada _____ \$ _____

Canadian Blood Services _____ \$ _____

Canadian Cancer Society _____ \$ _____

Canadian Hemophilia Society _____ \$ _____

Canadian Lung Association _____ \$ _____

Canadian National Institute for the Blind _____ \$ _____

Crohn's and Colitis Canada _____ \$ _____

Cystic Fibrosis Canada _____ \$ _____

Diabetes Canada _____ \$ _____

Heart & Stroke _____ \$ _____

Huntington Society of Canada _____ \$ _____

Liver Canada _____ \$ _____

Mental Health Commission of Canada _____ \$ _____

MS Canada _____ \$ _____

Muscular Dystrophy Canada _____ \$ _____

Parkinson Canada _____ \$ _____

Osteoporosis Canada _____ \$ _____

The Kidney Foundation of Canada _____ \$ _____

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 # 01359 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 \$500 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 _____

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

Signature X

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

NCR22

*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
0 1 0 0 1 0 1 0 0 2 0 1 0 1 0 1 5 5 5 0 1 3 5 9

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 (UWE) for processing payroll deductions.

* This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. Personal information collected by United Way Centraide Canada 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.

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

DATE

Structure organisationnelle :

/

/

* Champs obligatoires

Nom* _____
prénom _____ second prénom _____ nom _____

Année de naissance _____ A _____

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique* Angl. Fr.

Ville* _____ Prov.* _____ Code postal* _____

N° de téléphone au travail _____

poste téléphonique

Oui, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTC.

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 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

RETIENUES À LA SOURCE

26 X

\$

=

1

TOTAL \$



4 PartenaireSanté

partenairesante.ca

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

PartenaireSanté regroupe 20 organismes de bienfaisance en santé pour soutenir les personnes vivant avec une maladie grave. Votre don finance des soins, de la recherche et des programmes touchant près de 9 personnes sur 10.

Diviser le montant auprès des 20 organismes _____ \$

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

- Association pulmonaire du Canada _____ \$
- Cœur + AVC _____ \$
- Commission de la santé mentale du Canada _____ \$
- Crohn et Colite Canada _____ \$
- Diabète Canada _____ \$
- Dystrophie musculaire Canada _____ \$
- Fibrose kystique Canada _____ \$
- Foie Canada _____ \$
- Institut national canadien pour les aveugles _____ \$
- La Fondation canadienne du rein _____ \$
- Parkinson Canada _____ \$
- Ostéoporose Canada _____ \$
- Société Alzheimer du Canada _____ \$
- Société canadienne de la SLA _____ \$
- Société canadienne de l'hémophilie _____ \$
- Société canadienne du cancer _____ \$
- Société canadienne du sang _____ \$
- Société de l'arthrite du Canada _____ \$
- Société Huntington du Canada _____ \$
- SP Canada _____ \$

N° D'IDENTIFICATION

01002

RETIENUES À LA SOURCE

26 X

\$

=

2

TOTAL \$

N° D'IDENTIFICATION

01555

RETIENUES À LA SOURCE

26 X

\$

=

4

TOTAL \$

N° D'IDENTIFICATION

01359

RETIENUES À LA SOURCE

26 X

\$

=

3

TOTAL \$

Centraide United Way de _____

Consultez le calendrier de la CCMTC pour la liste des codes.

N° D'IDENTIFICATION

01359

RETIENUES À LA SOURCE

26 X

\$

=

3

TOTAL \$

ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant _____

Consultez canada.ca/organismes-bienfaisance-liste

N° D'ENREGISTREMENT/NE

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

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

01359

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.

RETIENUES À LA SOURCE

26 X

\$

=

5

TOTAL \$

DON TOTAL

1

+

2

+

3

+

4

+

5

=

TOTAL \$

DONS DE 500\$ 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 - CCMTC

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

MENSUEL Don par carte de crédit de _____ \$ pour une

période de 12 mois à compter du 15 janvier, totalisant → _____ \$

Signature X _____

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 \$

0 1 0 0 1

0 1 0 0 2

0 1

0 1 5 5 5

0 1 3 5 9

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 Canada contexte de la CCMTC 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 dans le cadre de la CCMTC 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.