



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 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-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 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

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 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

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 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.



Structure organisationnelle :

/

/

Nom*

prénom

second prénom

nom

Adresse domiciliaire*

N° de téléphone personnel

requis pour les dons par carte de crédit

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

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 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 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

\$

2

Centraide Outaouais

centraideoutaouais.com

☐ Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide Outaouais.

Nous agissons sur les enjeux prioritaires de la communauté de l'Outaouais : de la ville de Gatineau jusqu'aux MRC des Collines-de-l'Outaouais, du Pontiac, de Papineau et de la Vallée-de-la-Gatineau.

Oui, veuillez investir mon don pour l'ensemble des organismes appuyés par Centraide Outaouais là où le besoin est le plus grand.

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

26

x

\$

=

2

TOTAL

\$

3

Autre

Centraide United Way de

\$

N° D'IDENTIFICATION

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

RETENUES À LA SOURCE

26

x

\$

=

3

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 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 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.

RETENUES 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 - 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.

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

☐ 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 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.

J'autorise la déduction de \$ par paie

DON TOTAL

\$

Signature

A

M

J

NCR22