

J'y crois
Je donne
C'est important



Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

N° DU SOLICITEUR

ORGANISATION

DATE

La CCMTGC est gérée par Centraide / United Way

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.

* Champs obligatoires

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

\$

PARTENAIRESANTÉ
HEALTHPARTNERS

3

PartenaireSanté

partenairesante.ca

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

PartenaireSanté – à partager équitablement avec son Collectif Santé composé de 20 organismes de bienfaisance canadiens

\$

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

Association pulmonaire du Canada

\$

Parkinson Canada

\$

Cœur + AVC

\$

Ostéoporose Canada

\$

Commission de la santé mentale du Canada

\$

Société Alzheimer du Canada

\$

Crohn et Colite Canada

\$

Société canadienne de la SLA

\$

Diabète Canada

\$

Société canadienne de l'hémophilie

\$

Dystrophie musculaire Canada

\$

Société canadienne du cancer

\$

Fibrose kystique Canada

\$

Société canadienne du sang

\$

Foie Canada

\$

Société de l'arthrite du Canada

\$

Institut national canadien pour les aveugles

\$

Société Huntington du Canada

\$

La Fondation canadienne du rein

\$

SP Canada

\$

N° D'IDENTIFICATION

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

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

☐ RETENUES 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

☐ 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

\$

01555

01400

A

M

J

Signature

* 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 inexactes. 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 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.



CANVASSER #

ORGANIZATION

DATE

Year of Birth

Y

Name*

First

Middle

Last

Home address*

Personal phone number*

Required for credit card donations

Email*

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

Contact me by

Tel.

Email

Language preference*

EN

FR

City*

Prov.*

Postal code*

Professional phone number

Extension

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

Don't forget to enter your email.

* Mandatory fields

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

unitedway.ca

1

My local United Way Centraide

YES, I agree to receive communications from your local United Way.

My local UNITED WAY — 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

healthpartners.ca

3

HealthPartners

YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

HealthPartners - to be equitably shared with its Health Collective of 20 Canadian 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 Canada

\$

Huntington Society of Canada

\$

Canadian Blood Services

\$

Liver Canada

\$

Canadian Cancer Society

\$

Mental Health Commission of Canada

\$

Canadian Hemophilia Society

\$

MS Canada

\$

Canadian Lung Association

\$

Muscular Dystrophy Canada

\$

Canadian National Institute for the Blind

\$

Parkinson Canada

\$

Crohn's and Colitis Canada

\$

Osteoporosis Canada

\$

Cystic Fibrosis Canada

\$

The Kidney Foundation of Canada

\$

IDENTIFICATION #

01555

PAYROLL DEDUCTIONS

26

x

\$

=

3

\$

TOTAL

4

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

Visit canada.ca/charities-list

ORGANIZATION or program if applicable

BN/REGISTRATION #

\$

\$

\$

\$

IDENTIFICATION #

01400

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

MONTHLY credit card gift of \$

for 12 months beginning Jan. 15 for a total of

\$

Signature

Other Giving Options:

For information on gifts of life insurance, stock, or bequests, please contact your local United Way Centraide.

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

01555

01400

I authorize the deduction of

\$

per pay

\$

TOTAL GIFT

Signature

Y

M

D

* 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 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.