

Structure organisationnelle :

Nom* _____

Adresse domiciliaire* _____

N° de téléphone personnel _____

Adresse courriel* _____

Année de naissance _____

Communication ☐ Tél. ☐ Courriel Préférence linguistique* ☐ Angl. ☐ Fr.

Ville* _____ Prov.* _____ Code postal* _____

N° de téléphone au travail _____

☐ **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 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 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 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 x \$ = **4** TOTAL \$

5 **AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS** Don minimum de 26 \$ par organisme Consultez [canada.ca/organismes-bienfaisance-liste](#)

N° D'IDENTIFICATION
01359

RETENUES À LA SOURCE 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 : _____

☐ **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 → \$

☐ **PONCTUEL** Don par carte de crédit de la somme de → \$

Signature

NCR22

*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 \$

☐ **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** \$



FOR OFFICE ONLY

DATE

Organizational Structure:

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

Year of Birth

* Mandatory fields

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.

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.

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 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 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 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 # 01359 PAYROLL DEDUCTIONS 12 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

☐ **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 3 5 9
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

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

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 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 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.