



FOR OFFICE USE ONLY

DATE

Organizational Structure: _____ / _____ / _____

MR. MRS. MS. DR. Rank/Other _____

Date of birth | | Y | | M | | D | |

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

Personal 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 personal email.

ABOUT YOUR GIFT – Choose 1,2,3 or 4 (or combination of each)

1 OTTAWA

UnitedWayOttawa.ca

Invest my donation where it's needed most and will have the greatest impact. _____ \$

AND/OR, more specifically:

ALL THAT KIDS CAN BE

Infants (preschool): a good start in life _____ \$
Youth (5+): a safe place to learn, play and grow _____ \$
Homeless youth: permanent housing and support _____ \$

HEALTHY PEOPLE, STRONG COMMUNITIES

Seniors: reducing isolation _____ \$
Neighbourhoods: stronger, safer, healthier places to live _____ \$
Mental health/addictions: healing and prevention _____ \$
People in crisis: a place to turn _____ \$

POVERTY TO POSSIBILITY

People with disabilities: create job opportunities _____ \$
Newcomers: careers that match skills _____ \$

IDENTIFICATION # 01001 PAYROLL DEDUCTIONS 12 X \$ _____ = **1** \$ TOTAL

2 OUTAOUAIS

CentraideOutaouais.com

(Gatineau and the MRC des Collines, Pontiac, Papineau and Vallée-de-la-Gatineau)

I want Centraide Outaouais to invest my donation where it's needed most and will have the greatest impact. _____ \$

AND/OR, more specifically:

TAKE CARE OF THE ESSENTIALS

Defeat hunger _____ \$
Provide shelter for the less fortunate _____ \$

SUPPORT YOUTH SUCCESS

Keep kids in school _____ \$
End physical and psychological abuse _____ \$

BUILD CARING COMMUNITIES

Revive neglected neighbourhoods _____ \$
Build capacity in community agencies _____ \$

BREAK SOCIAL ISOLATION

Break the isolation of seniors _____ \$
Promote the social inclusion of people with disabilities _____ \$

IDENTIFICATION # 01002 PAYROLL DEDUCTIONS 12 X \$ _____ = **2** \$ TOTAL

3 OTHER

UNITED WAY of _____

_____ \$

IDENTIFICATION # _____ See GCWCC calendar for list of codes.

PAYROLL DEDUCTIONS 12 X \$ _____ = **3** \$ TOTAL

4 I WANT TO SAVE LIVES AND HELP FIGHT DISEASE IN MY COMMUNITY.

HealthPartners.ca

HealthPartners and its 16 leading Canadian health charities work together to save lives, fight disease and create healthy workplaces and communities across Canada.

By donating to all 16 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 _____ \$
Multiple Sclerosis Society of Canada _____ \$
Muscular Dystrophy Canada _____ \$
Parkinson Canada _____ \$
The Kidney Foundation of Canada _____ \$
The Lung Association _____ \$

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 # 01001 Box 5 has the same code as United Way Ottawa because it processes and distributes these gifts to the other registered charities.

PAYROLL DEDUCTIONS 12 X \$ _____ = **5** \$ TOTAL

TOTAL GIFT **1** + **2** + **3** + **4** + **5** = \$ TOTAL

FOR GIFTS ABOVE \$500 I do not 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 – 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 _____ **ONE-TIME** credit card gift in the amount of _____ \$

***FILL OUT THIS SECTION IF GIVING THROUGH PAYROLL DEDUCTION**

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 0 0 1

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 (UW) Ottawa for processing payroll deductions. This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. As campaign administrator, the UW is committed to donor privacy and will not share your personal information without your written authorization or unless required by law. Your personal information is protected and will only be used and disclosed in accordance with the Privacy Act, and as described in Personal Information Banks PSE 904 – Pay and Benefits, and PCE 705 – Public Service Pay. Under the Act, you have the right of access to, and correction of your personal information, if erroneous or incomplete. You also have the right to file a complaint to the Privacy Commissioner of Canada regarding the handling of your personal information.





POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

DATE

Structure organisationnelle :

M. M^{me}. D^r. Rang/Autre _____

Date de naissance _____

Nom _____
 prénom second prénom nom

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique anglais français

Adresse domiciliaire _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

No de téléphone personnel _____
Requis pour les dons par carte de crédit

No de téléphone au travail _____
poste téléphonique

Adresse courriel personnelle _____
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 personnelle.

À PROPOS DE VOTRE DON – Choisissez 1, 2, 3, 4 ou 5 (ou une combinaison de ces options)

1 OTTAWA

CentraideOttawa.ca

Investir mon don là où les besoins sont les plus grands et où il y aura l'effet le plus important. _____ \$

et/ou, plus spécifiquement :

RÉUSSITE DES JEUNES

Enfants (âge préscolaire) : un bon départ dans la vie _____ \$
Jeunes (de 5 ans et plus) : un endroit sécuritaire où étudier, jouer et grandir _____ \$
Sans-abri juvéniles : des logements stables _____ \$

SANTÉ DES GENS ET DES COLLECTIVITÉS

Personnes âgées : réduire l'isolement _____ \$
Quartiers : des communautés plus fortes, plus sécuritaires et plus saines _____ \$
Santé mentale et toxicomanies : guérison et prévention _____ \$
Personnes en situation de crise : des soutiens d'urgence _____ \$

AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE

Personnes handicapées : des possibilités d'emploi _____ \$
Nouveaux Canadiens : des emplois qui correspondent aux compétences _____ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 0 1 RETENUES À LA SOURCE 12 X _____ \$ = **1** TOTAL \$

2 OUTAOUAIS

CentraideOutaouais.com

(Gatineau et les MRC des Collines, de Pontiac, Papineau et la Vallée-de-la-Gatineau)

Je souhaite que Centraide Outaouais investisse mon don là où les besoins sont les plus grands. _____ \$

et/ou, plus spécifiquement :

ASSURER L'ESSENTIEL

Vaincre la faim _____ \$
Offrir un toit aux plus démunis _____ \$

SOUTENIR LA RÉUSSITE DES JEUNES

Prévenir le décrochage scolaire _____ \$
Combattre les abus physiques et psychologiques _____ \$

BÂTIR DES MILIEUX DE VIE RASSEMBLEURS

Redynamiser les quartiers défavorisés _____ \$
Renforcer les capacités des organismes communautaires _____ \$

BRISER L'ISOLEMENT SOCIAL

Briser l'isolement des aînés _____ \$
Favoriser l'inclusion des personnes handicapées _____ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 0 2 RETENUES À LA SOURCE 12 X _____ \$ = **2** TOTAL \$

3 AUTRE

CENTRAIDE de _____ \$

N° D'IDENTIFICATION _____ Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes. RETENUES À LA SOURCE 12 X _____ \$ = **3** TOTAL \$

4 JE SOUHAI TE SAUVER DES VIES ET ÉRAD IQUER DES MALADIES DANS MA COMMUNAUTÉ.

PartenaireSante.ca

PartenaireSanté, en collaboration avec ses 16 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 16 organismes _____ \$

ET/OU à l'un ou plusieurs des organismes suivants :

Cœur + AVC _____ \$

Parkinson Canada _____ \$

Crohn et Colite Canada _____ \$

Société Alzheimer du Canada _____ \$

Diabète Canada _____ \$

Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$

Dystrophie musculaire Canada _____ \$

Société canadienne de la SLA _____ \$

Fibrose kystique Canada _____ \$

Société canadienne de l'hémophilie _____ \$

Fondation canadienne du foie _____ \$

Société canadienne du cancer _____ \$

La Fondation canadienne du rein _____ \$

Société de l'arthrite _____ \$

L'Association pulmonaire _____ \$

Société Huntington du Canada _____ \$

IDENTIFICATION # 01555 RETENUES À LA SOURCE 12 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 Ottawa parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés. RETENUES À LA SOURCE 12 X _____ \$ = **5** TOTAL \$

DON TOTAL 1 + 2 + 3 + 4 + 5 = TOTAL \$

DONS DE 500\$ ET + Je ne souhaite pas être reconnu comme donateur.

Merci

JE SOUHAI TE 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 – 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 **MENSUEL** Don par carte de crédit de _____ \$ pour une période de 12 mois à compter du 15 janvier, totalisant _____ \$

Signature _____ **PONCTUEL** Don par carte de crédit de la somme de _____ \$

***REMPLISSEZ CETTE SECTION SI VOUS FAITES UN DON PAR RETENUES À LA SOURCE**

PRÉNOM _____ NOM _____ CIDP/MATR _____

INDIQUER ICI COMMENT VOUS SOUHAI TEZ VENTILER VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE.

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 0 0 1

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

SIGNATURE DU DONATEUR _____ A _____ M _____ J

OUI, j'accepte de partager mon Code d'identification de dossier personnel (CIDP) avec Centraide Ottawa aux fins de traitement de mes retenues à la source. À titre d'administrateur de la campagne, Centraide Ottawa s'engage à respecter la confidentialité de ses donateurs. Aucun renseignement personnel ne sera partagé sans le consentement du donateur, sauf si la loi nous l'oblige. Tous les renseignements inscrits dans la partie détachable du document seront utilisés par le Service de paie du ministère/agence ou par Service publics et Approvisionnement Canada. Une fois les renseignements entrés dans le système, le bureau de la paie conservera la copie papier (partie détachable) du document en dossier. Les renseignements personnels sont protégés; ils sont utilisés ou dévoilés qu'en conformité avec la Loi sur la protection des renseignements personnels, et tel qu'il est décrit dans les fichiers de renseignements personnels POE 904 – Rémunération et avantages et PCE 705 – Systèmes de rémunération de la fonction publique. En vertu de la loi, le donateur a le droit de demander l'accès à ses renseignements personnels, ainsi que de les corriger s'ils sont erronés ou incomplets. Le donateur a également le droit de porter plainte au Commissaire à la protection de la vie privée du Canada pour ce qui est du traitement de ses renseignements personnels.

