





POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

DATE

Structure organisationnelle: / /

M.  Mme.  Dr. Grade/Autre \_\_\_\_\_

Année de naissance 

--	--	--	--	--

\* Champs obligatoires

Nom\* \_\_\_\_\_  
prénom second prénom nom

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

Adresse domiciliaire\* \_\_\_\_\_

Ville\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ Code postal\* \_\_\_\_\_

N° de téléphone personnel \_\_\_\_\_  
requis pour les dons par carte de

N° de téléphone au travail \_\_\_\_\_  
poste télépho-

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

**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](http://centraideeo.ca)  Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide Est

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 :**

Aider des jeunes itinérants à se trouver un logement sécuritaire et stable \_\_\_\_\_ \$

Aider des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale \_\_\_\_\_ \$

Aider les jeunes qui vivent dans la pauvreté à avoir un endroit sécuritaire où aller après l'école \_\_\_\_\_ \$

Aider les personnes âgées vulnérables à vivre une vie saine et indépendante \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION 01001 RETENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **1** TOTAL \$

**2 Centraide Outaouais** [centraideoutaouais.com](http://centraideoutaouais.com)  Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide Outaouais

Nous relevons les défis les plus importants dans les communautés de Gatineau et les MRC des Collines, de Pontiac, Papineau et la Vallée-de-la-Gatineau.

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 :**

**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 01002 RETENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **2** TOTAL \$

**3 AUTRE CENTRAIDE de \_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ RETENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **3** TOTAL \$

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

**5 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS** Don minimum de 26 \$ par organisme Consultez [canada.ca/organismes-bienfaisance-liste](http://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 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **5** TOTAL \$



**4 PartenaireSanté** [partenairesante.ca](http://partenairesante.ca)  Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté

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 saines dans l'ensemble du Canada.

Diviser le montant auprès des 16 organismes \_\_\_\_\_ \$

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

Cœur + AVC \_\_\_\_\_ \$

Crohn et Colite Canada \_\_\_\_\_ \$

Diabète Canada \_\_\_\_\_ \$

Dystrophie musculaire Canada \_\_\_\_\_ \$

Fibrose kystique Canada \_\_\_\_\_ \$

Fondation canadienne du foie \_\_\_\_\_ \$

La Fondation canadienne du rein \_\_\_\_\_ \$

L'Association pulmonaire \_\_\_\_\_ \$

Parkinson Canada \_\_\_\_\_ \$

Société Alzheimer du Canada \_\_\_\_\_ \$

Société canadienne de la sclérose en plaques \_\_\_\_\_ \$

Société canadienne de la SLA \_\_\_\_\_ \$

Société canadienne de l'hémophilie \_\_\_\_\_ \$

Société canadienne du cancer \_\_\_\_\_ \$

Société de l'arthrite \_\_\_\_\_ \$

Société Huntington du Canada \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION 01555 RETENUES À LA SOURCE 26 X \_\_\_\_\_ \$ = **4** 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 le chèque à Centraide - CC- \_\_\_\_\_ \$

**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

PRÉNOM	NOM	CIDP/MATR
--------	-----	-----------

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

<b>1</b> TOTAL \$	<b>2</b> TOTAL \$	<b>3</b> TOTAL \$	<b>4</b> TOTAL \$	<b>5</b> TOTAL \$
01001	01002	01	01555	01001

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

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 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. 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 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 ou auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada.