

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 crédit

N° de téléphone au travail _____
poste téléphonique

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 Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide Est 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 :

- 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

12	x
----	---

 \$ = **1** TOTAL \$

2 Centraide Outaouais 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

12	x
----	---

 \$ = **2** TOTAL \$

3 AUTRE CENTRAIDE de _____ _____ \$

N° D'IDENTIFICATION _____ RETENUES À LA SOURCE

12	x
----	---

 \$ = **3** 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 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 - 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**

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 \$	5 TOTAL \$
01001	01002	01	01555	01001

_____ 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 en vertu 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.