



Nom : _____ Nº de pension : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

NOUS VOUS REMERCIONS D'APPUYER NOTRE COMMUNAUTÉ PAR L'ENTREMISE DE LA CAMPAGNE DE CHARITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL.

Assurez-vous que les renseignements ci-dessus sont exacts. Vous pouvez indiquer tout changement requis directement sur ce formulaire, MAIS vous devez aussi aviser votre bureau des pensions au 1-800-561-7930 ou le bureau des pensions de la LPRFC au 1-800-267-0350. Veuillez communiquer avec les responsables de la CCMTGC au 1-877-379-6070 si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire.

M. Mme. Dr Rang _____ Retraité de? _____

Langue de correspondance English Français Tél. () _____ Courriel _____

MINISTÈRE/AGENCE

REQUIS POUR CARTE DE CRÉDIT ET REÇU ÉLECTRONIQUE

1	United Way Centraide			2	iii HealthPartners PartenaireSanté		
<input type="checkbox"/> CENTRAIDE LOCAL—Déterminé par mon code postal				<input type="checkbox"/> PARTENAIRE SANTÉ—veuillez distribuer mon don auprès des 16 organismes membres			
Veuillez distribuer mon don là où il aura l'effet le plus important dans ma communauté _____ \$ ET/OU J'aimerais que mon don vienne en aide à :				ET/OU			
Réussite des jeunes _____ \$ Santé des gens et des communautés _____ \$ Amélioration des conditions de vie _____ \$				<input type="checkbox"/> Cœur + AVC <input type="checkbox"/> Crohn et Colite Canada <input type="checkbox"/> Diabète Canada <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire Canada <input type="checkbox"/> Fibrose kystique Canada <input type="checkbox"/> Fondation canadienne du foie <input type="checkbox"/> L'Association pulmonaire <input type="checkbox"/> La Fondation canadienne du rein <input type="checkbox"/> Parkinson Canada <input type="checkbox"/> Société Alzheimer du Canada <input type="checkbox"/> Société canadienne de l'hémophilie <input type="checkbox"/> Société canadienne de la sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Société canadienne de la SLA <input type="checkbox"/> Société canadienne du cancer <input type="checkbox"/> Société de l'arthrite <input type="checkbox"/> Société Huntington du Canada			
DON TOTAL 1 TOTAL \$ _____ <small>VEUILLEZ PRÉCISER LE NOM</small>				TOTAL ANNUEL 2 TOTAL \$ _____			
3 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS Consultez arc.gc.ca pour une liste des organismes. NOM DE L'ORGANISME _____ N° D'ENREGISTREMENT/NE _____ TOTAL ANNUEL 3 TOTAL \$ _____							
DON TOTAL 1 + 2 + 3 = TOTAL \$ _____							

J'aîmerais recevoir des nouvelles de la Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada Pour les dons de chef de file (1 000 \$ et plus) : Veuillez publier mon nom dans le tableau d'honneur des chefs de file.
 Veuillez communiquer mon nom et le montant de mon don aux organismes que j'ai choisi d'appuyer par l'entremise de la CCMTGC. La politique de confidentialité des organismes respectifs s'appliquera.

PROMESSE DE DONS MENSUELS

- Retenues à la source sur pension 10 X _____ \$ = **TOTAL** \$ Date limite : 14 février/début des retenues : 1^{er} mars.
 - Don mensuel par carte de crédit 12 X _____ \$ = **TOTAL** \$ Retenues effectuées le 15^e jour de chaque mois.
Veuillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessous.
 - Retrait du compte bancaire 12 X _____ \$ = **TOTAL** \$ Retenues effectuées le 15^e jour de chaque mois.
Veuillez joindre un chèque portant la mention « annulé ».
- J'aîmerais effectuer mes déductions mensuelles susmentionnées jusqu'à ce que j'avise la CCMTGC (1-877-379-6070) de tout changement.
(Veuillez prévoir 30 jours pour donner suite au changement.)

Visa MC Amex N° de carte _____ Date d'expiration _____ MM/AA

Veuillez inscrire votre numéro de téléphone et votre courriel dans la section relative à l'adresse, située au haut du présent formulaire.

DON PONCTUEL

- Carte de crédit Paiement ponctuel de **TOTAL** \$ Veuillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessus.
- Chèque Paiement ponctuel de **TOTAL** \$ Veuillez libeller le chèque à l'ordre de Centraide - CCMTGC.

AUTRES MÉTHODES DE DON

Pour un complément d'information sur les dons d'actions, les dons d'assurance-vie ou les dons planifiés, veuillez communiquer avec un représentant de la CCMTGC au 1-877-379-6070.

Signature X

Date M | J | AA

Veuillez faire parvenir le présent formulaire dûment rempli par la poste à : Retraités de la CCMTGC, 363, chemin Coventry, Ottawa (Ontario) K1K 2C5
 Ou par courriel à : GCWCC_Retirees-Mail@centraideottawa.ca

Cet envoi est effectué dans le cadre de la CCMTGC, par Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) et avec l'approbation du Conseil du Trésor, des Forces armées canadiennes, de la GRC et des Services publics. Les renseignements fournis à la CCMTGC seront strictement confidentiels. Ils seront uniquement utilisés pour effectuer les retenues et remettre des reçus à des fins fiscales. Votre numéro de pension sera uniquement utilisé par votre administrateur de pension si vous faites un don par retenues à la source sur pension.

Un reçu à des fins fiscales sera remis pour les dons de 20 \$ et plus. La CCMTGC et Centraide s'engagent à respecter la vie privée de ses donneurs. Les renseignements personnels ne seront pas partagés sans le consentement du donneur, sauf si la loi l'exige. Consultez le www.gcwc-ccmtgc.org/fr/ressources/politique-de-confidentialite.