



☐ M. ☐ M^{me}. ☐ D^r.

Rang/Autre

Date

IMPRESSION

Nom

Communication

Tél.

Courriel

Préférence linguistique

anglais

français

Adresse domiciliaire

Ville

Prov.

Code postal

N° de téléphone personnel ()

N° de téléphone au travail ()

Courriel personnel

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

☐ J'aimerais recevoir des nouvelles de la Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

DISTRIBUTION DU DON - Choisir 1,2,3 ou 4 (ou une combinaison de chaque)



Centraide.ca

1 MON CENTRAIDE LOCAL

ET/OU Attribuez mon don là où il soutiendra :

Santé des gens et des collectivités

\$

Amélioration des conditions de vie

\$

Réussite des jeunes

\$

Mon CENTRAIDE local distribuera mon don là où il aura l'impact le plus important dans ma communauté.

\$

N° D'IDENTIFICATION 0

RETENUES À LA SOURCE 26 X

\$ = 1

TOTAL \$

2 AUTRE CENTRAIDE

N° D'IDENTIFICATION 0

RETENUES À LA SOURCE 26 X

\$ = 2

TOTAL \$



PartenaireSante.ca

3 JE SOUHAITE SAUVER DES VIES ET ÉRADICUER DES MALADIES DANS MA COMMUNAUTÉ. ET/OU un ou plusieurs des organismes suivants :

Diviser le montant auprès des 16 organismes

\$

Cœur + AVC

\$

Crohn et Colite Canada

\$

Diabète Canada

\$

Dystrophie musculaire Canada

\$

Fibrose kystique Canada

\$

Fondation canadienne du foie

\$

La Fondation canadienne du rein

\$

La société Alzheimer du Canada

\$

La société canadienne de la SLA

\$

La Société de l'arthrite

\$

L'Association pulmonaire

\$

Parkinson Canada

\$

Société canadienne de la sclérose en plaques

\$

Société canadienne de l'hémophilie

\$

Société canadienne du cancer

\$

Société Huntington du Canada

\$

N° D'IDENTIFICATION 01555

RETENUES À LA SOURCE 26 X

= 3

TOTAL \$

4 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 0

La case 4 comporte le même code que votre Centraide local parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

RETENUES À LA SOURCE 26 X

= 4

TOTAL \$

DON TOTAL

1 + 2 + 3 + 4 =

TOTAL \$

DONS DE CHEF DE FILE SEULEMENT

☐ Je ne souhaite pas que mon nom soit publié au tableau d'honneur des Chefs de file, ni recevoir d'information supplémentaire comme donateur Chef de file

VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON

Merci

☐ 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 personnels dans la section de l'adresse au haut de ce formulaire.

N° de la carte

DATE D'EXPIRATION MM/AA

☐ DON MENSUEL par carte de crédit de \$ pendant 12 mois, à compter du 15 janvier, pour un montant total de

\$

Autres formes de don : Pour savoir comment faire un don d'assurance-vie, d'actions ou léguer des biens personnels, communiquer avec un représentant de votre Centraide local.

☐ DON PONCTUEL par carte de crédit au montant de

\$

*REEMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ CHOISI LES RETENUES À LA SOURCE ATTENTION : Trésoriers de la campagne, traiter conformément aux indications du guide du trésorier

PRÉNOM

NOM

CIDP/MATR

INDIQUEZ ICI COMMENT RÉPARTIR VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE.

J'autorise une retenue de \$ X 26 périodes de paie,

pour un don total de

TOTAL \$

1 TOTAL \$

0

2 TOTAL \$

0

3 TOTAL \$

0

1

5

5

5

4 TOTAL \$

0

N.B. : La case 4 indique le même code que votre Centraide local parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

SIGNATURE DU DONATEUR

DATE

A

M

J

*Les données ci-dessus servent aux fins d'autorisation des retenues à la source et d'affectation des dons. Ces renseignements seront inscrits au fichier de renseignements personnels PSE 904. La CCMTGC protège la vie privée de ses donateurs. Les renseignements personnels ne sont pas communiqués sans autorisation écrite, sauf en cas d'obligation légale. Consultez canada.ca/campagne-charite.



CANVASSER #

ORGANIZATION

PRINT

☐ MR. ☐ MRS. ☐ MS. ☐ DR. Rank/Other

Date

Name

Contact me by Tel. Email Language preference EN FR

Home address

City Prov. Postal code

Personal phone number ()

Tel: Work () Extension

Personal email

☐ Please keep me informed about the Government of Canada Workplace Charitable Campaign

GIFT DISTRIBUTION — Choose 1,2,3 or 4 (or combination of each)



UnitedWay.ca

1 MY LOCAL UNITED WAY

AND/OR Direct the following amount to:

All That Kids Can Be \$

Healthy People, Strong Communities \$

Poverty To Possibility \$

My local UNITED WAY — to distribute where it will have the greatest impact in my community. \$

IDENTIFICATION # 0

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = 1 \$ TOTAL

2 OTHER UNITED WAY

IDENTIFICATION # 0

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = 2 \$ TOTAL



HealthPartners.ca

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

AND/OR to one or more of the following:

ALS Canada \$
Alzheimer Society Canada \$
Arthritis Society \$
Canadian Cancer Society \$
Canadian Hemophilia Society \$
Canadian Liver Foundation \$
Crohn's and Colitis Canada \$
Cystic Fibrosis Canada \$

Divide among all 16 organizations \$

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 26 X \$ = 3 \$ TOTAL

4 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES (minimum \$26 per gift per charity)

Visit canada.ca/charities-list

ORGANIZATION or program if applicable

BN/REGISTRATION # \$
\$
\$

IDENTIFICATION # 0 Box 4 has the same code as your local United Way because it processes and distributes these gifts to the other registered charities.

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = 4 \$ TOTAL

TOTAL GIFT

1 + 2 + 3 + 4 = \$ TOTAL

FOR LEADERSHIP GIFTS (\$1000+) OR MAJOR GIFTS (\$5000+)

☐ I do not wish to see my name published in the Leadership Honour Roll nor do I wish to receive additional information as a Leadership donor

THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION

Thank you

☐ 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

Signature

☐ MONTHLY credit card gift of \$ for 12 months beginning Jan. 15 for a total of \$

Other Giving Options: For information on gifts of life insurance, stock or bequests, please contact your local United Way.

☐ 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.

I authorize the deduction of \$ X 26 pay periods,

for a total gift of \$ TOTAL

DONOR'S SIGNATURE

DATE

NOTE: For Box 4 insert the same code as your local United Way because it processes and distributes these gifts to the other registered charities.

*This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. This information will be stored in personal information bank PSE 904. The GCWCC is committed to donor privacy. Personal information is not shared without written authorization or unless required by law. Visit canada.ca/charitable-campaign.

Visit canada.ca/charitable-campaign