



\* Mandatory fields

Name\*

FirstLast

Home address\*

City\*Prov.\*Postal code\*

Please ensure that the contact details and personal information contained in this form are accurate. You may indicate any changes to your personal information directly on this form, but you **MUST** also advise your pension office at 1-800-561-7930 or 1-800-267-0325 for the CFSA pension office.

Retired from\*Rank

Email\*Phone number\*

Your email is required for credit card donations, electronic tax receipts and/or campaign updates.

☐ Yes, I want to stay informed and connected with the GCWCC community via email.

Language preference☐ English☐ French

I WOULD LIKE TO DONATE TO: (see enclosed brochure for more information)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div><input type="checkbox"/> Yes, I agree to receive communications from United Way Centraide</div></div> <div><div>My <b>Local United Way Community Fund</b> as determined by my postal code\$</div><div><b>AND/OR Direct the following amount to:</b></div><div>Moving People from Poverty to Possibility\$</div><div>Helping Kids Be All They Can Be\$</div><div>Building Strong and Healthy Communities\$</div><div><b>AND/OR another United Way Centraide (UWC):</b> Please specify UWC name\$</div><div><b>1 UWC Total</b>\$</div></div> | <div><div><div><input type="checkbox"/> Yes, I agree to receive communications from HealthPartners</div></div><div><div><b>HealthPartners</b> equitably shared with Health Collective of 20 Canadian charities\$</div><div><b>AND/OR a specific HealthPartners member</b> Please specify the HealthPartners member name:\$</div><div>\$</div><div>\$</div><div>\$</div><div>\$</div><div>\$</div><div>\$</div><div><b>2 HealthPartners Total</b>\$</div></div></div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Other Canadian Registered Charities (ORC) Visit Canada.ca/charities-list for a list of charities.

|                    |                 |                    |
|--------------------|-----------------|--------------------|
| Charity name       | Business number | \$                 |
| Charity name       | Business number | \$                 |
| <b>3 ORC Total</b> |                 | <b>\$</b>          |
| <b>Total Gift</b>  |                 | <b>1 + 2 + 3 =</b> |

PAYMENT METHOD Please select one:

☐ **Monthly pension deduction (Deadline December 10)**\$x 12 = \$

☐ **Monthly credit card (Please fill out credit card information below)**\$x 12 = \$

☐ **Monthly direct bank withdrawal (Please include a void cheque)**\$x 12 = \$

Monthly deductions begin in January. For monthly credit card and direct bank withdrawal, deductions are on the 15th of every month.

☐ I wish for my monthly deductions to continue automatically year after year unless I notify the GCWCC of any changes (1-877-379-6070). (Please allow 30 days for changes to be implemented)

☐ **One-time credit card donation (Please fill out credit card information below)**\$

☐ **One-time cheque payment (Payable to United Way-GCWCC)**\$

CREDIT CARD DETAILS (If credit card is selected as payment method)

Card numberExpiry dateMM/YY

Signature\*Date\*YYYY/MM/DD

PLEASE MAIL THIS COMPLETED FORM TO: GCWCC RETIREES, 363 COVENTRY ROAD, OTTAWA, ON K1K 2C5

Personal information collected by United Way Centraide Canada for GCWCC is used or disclosed only to facilitate donations, including issuing tax receipts. Providing personal information is entirely voluntary, but a donation may not be properly processed if you provide insufficient or incorrect information. Persons wishing to access or correct their personal information may contact the United Way Privacy Officer. Information collected by pay offices for payroll deductions is held in PIB PSE 904. Personal information collected during GCWCC will be protected as required by the Privacy Act and Government of Canada policies, will be retained by United Way as required by the CRA, and will subsequently be disposed of securely. If you believe that personal information has been improperly handled or disclosed, you may file a complaint with the United Way Privacy Officer or with the Privacy Commissioner of Canada.

\* Champs obligatoires

Nom\*

prénom

nom

Adresse domiciliaire\*

Ville\*Prov.\*Code postal\*

\* Champs obligatoires

Assurez-vous que vos coordonnées et les informations personnelles contenues dans ce formulaire sont exactes. 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 1-800-267-0325.

Retraité(e) de\*Grade

Adresse courriel\*Téléphone\*

Requis pour les dons par carte de crédit, pour les reçus fiscaux et pour recevoir les nouvelles de la campagne.

☐ Oui, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC par courriel.

Langue de correspondance☐ Français☐ Anglais

JE SOUHAITE FAIRE UN DON À : (Consultez la brochure ci-jointe pour en savoir plus)



☐ Oui, j'accepte de recevoir communications de Centraide United Way



☐ Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté

Mon **FONDS COMMUNAUTAIRE CENTRAIDE LOCALE** Déterminé par mon code postal\$

**ET/OU j'aimerais que mon don vienne en aide à :**

Amélioration des conditions de vie\$

Favoriser la réussite des jeunes\$

Bâtir des collectivités fortes et saines\$

**ET/OU autre Centraide (CUW) :**  
Veuillez préciser le nom du CUW\$

**1 CUW Total**\$

**PartenaireSanté** partagée équitable entre les organismes de bienfaisance canadiens membres du regroupement\$

**ET/OU un membre spécifique de PartenaireSanté**  
Veuillez préciser le nom de membre PartenaireSanté

\$

\$

\$

\$

\$

**2 PartenaireSanté Total**\$

AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS (AOBCE) Consultez canada.ca/organismes-bienfaisance-liste pour une liste des organismes

Nom de l'organismeNo d'enregistrement/NE\$

Nom de l'organismeNo d'enregistrement/NE\$

**3 AOBCE Total**\$

Don Total 1 + 2 + 3 =

MÉTHODE DE PAIEMENT Veuillez sélectionner une option :

☐ Déductions à la source sur pension (Date limite 10 décembre)\$x 12 = \$

☐ Don mensuel par carte ce crédit (Veuillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessous.)\$x 12 = \$

☐ Retrait du compte bancaire (Veuillez inclure un chèque annulé)\$x 12 = \$

Les prélèvements mensuels commencent en janvier. Pour les paiements par carte de crédit et les prélèvements bancaires automatiques, les prélèvements ont lieu le 15 de chaque mois.

☐ J'aimerais que mes prélèvements mensuels continuent automatiquement d'année en année jusqu'à ce que j'avise la CCMTGC de tout changement (1-877-379-6070). (Veuillez prévoir 30 jours pour donner suite au changement.)

☐ Don ponctuel par carte de crédit (Veuillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessous)\$

☐ Paiement ponctuel par chèque (Veuillez libeller le chèque à l'ordre de Centraide - CCMTGC)\$

DÉTAILS DE LA CARTE DE CRÉDI (Si le mode de paiement sélectionné est la carte de crédit)

Numero de carte

Date d'expirationMM/AA

Signature\*Date\*AAAA / MM / DD

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À L'ADDRESS SUIVANTE : LA CCMTGC, 363 CHEMIN COVENTRY, OTTAWA (ONTARIO) K1K 2C5**

Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way Canada dans le contexte de la CCMTGC ne sont pas 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 inapproprié, 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.