


N° de pension _____ Retraité(e) de _____ Ministère/Agence _____ Grade _____

Nom _____ Langue de correspondance FR ANGL. Tél. () _____

Adresse domiciliaire _____ Courriel personnel _____
Requis pour les dons par carte de crédit, pour les reçus aux fins de l'impôt et pour recevoir les nouvelles de la campagne.

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____ OUI, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.
N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel personnelle ci-haut.

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.

1  **CENTRAIDE LOCAL — Déterminé par mon code postal**

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 :

Réussite des jeunes _____ \$

Santé des gens et des communautés _____ \$

Amélioration des conditions de vie _____ \$

ET/OU

AUTRE CENTRAIDE _____ \$

Veuillez préciser le nom

TOTAL ANNUEL 1 TOTAL \$

2 **iii PartenaireSanté HealthPartners**

Diviser le montant auprès des 16 organismes. _____ \$

ET/OU

<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	_____ \$

TOTAL ANNUEL 2 TOTAL \$

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

Nom de l'organisme _____ N° d'enregistrement/NE _____ \$

_____ \$

TOTAL ANNUEL 3 TOTAL \$

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.

DON TOTAL 1 + 2 + 3 = _____ \$

DONS DE 500\$ ET + Je ne souhaite pas être reconnu comme donateur. **Merci**

PROMESSE DE DONS MENSUELS

Déductions à la source sur pension 10 X _____ \$ = **TOTAL \$** Date limite : 14 fév./début des retenues : mars.

Don mensuel par carte de crédit 10 X _____ \$ = **TOTAL \$** Date limite : 14 fév. / prélèvements : 15e jour de chaque mois, début mars. Veuillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessous.

Retrait du compte bancaire 10 X _____ \$ = **TOTAL \$** Date limite : 14 fév. / prélèvements : 15e jour de chaque mois, début mars. Veuillez joindre un chèque portant la mention « annulé ».

J'AIMERAI QUE MES PRÉLÈVEMENTS MENSUELS CONTINUENT JUSQU'À CE QUE J'AVISE LA CCMTGC DE TOUT CHANGEMENT (1-877-379-6070).
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.

Signature X _____ Date AA | M | J

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 canada.ca/ccmtgc-retraites

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 donateurs. Les renseignements personnels ne seront pas partagés sans le consentement du donateur, sauf si la loi l'exige.

Government of Canada Workplace
Charitable Campaign (GCWCC)

Pension # _____ Retired from _____ Department/Agency _____ Rank _____

Name _____ First _____ Middle _____ Last _____ Language preference EN FR Tel. () _____

Home address _____ Personal email _____
Required for credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

City _____ Prov. _____ Postal code _____ YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.
Don't forget to enter your personal email.

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 1-800-267-0350 for the CFSA pension office.

1 **United Way Centraide**

MY LOCAL UNITED WAY — as determined by my postal code

Invest my donation where it will have the greatest impact \$ _____

AND/OR

Direct the following amount to:

All That Kids Can Be \$ _____

Healthy People, Strong Communities \$ _____

Poverty To Possibility \$ _____

AND/OR

OTHER UNITED WAY \$ _____
Please specify name

ANNUAL TOTAL 1 \$ TOTAL

2 **iii HealthPartners PartenaireSanté**

Donate to all 16 of HealthPartners member charities \$ _____

AND/OR

<input type="checkbox"/> ALS Society of Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Alzheimer Society of Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Arthritis Society	\$ _____
<input type="checkbox"/> Canadian Cancer Society	\$ _____
<input type="checkbox"/> Canadian Hemophilia Society	\$ _____
<input type="checkbox"/> Canadian Liver Foundation	\$ _____
<input type="checkbox"/> Crohn's and Colitis Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Heart & Stroke	\$ _____
<input type="checkbox"/> Huntington Society of Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis Society of Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> Parkinson Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> The Kidney Foundation of Canada	\$ _____
<input type="checkbox"/> The Lung Association	\$ _____

ANNUAL TOTAL 2 \$ TOTAL

3 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES Visit canada.ca/charities-list for a list of charities.

Name of organization _____ BN/Registration # _____ \$ _____

_____ \$ _____

ANNUAL TOTAL 3 \$ TOTAL

Please release my name and gift amount to the charities I have chosen to support through the GCWCC. The privacy policies of these respective organizations shall apply.

TOTAL GIFT 1 + 2 + 3 = \$

FOR GIFTS ABOVE \$500 I do not wish to be recognized as a donor. *Thank you*

MONTHLY PLEDGE

Pension Deduction 10 X \$ _____ = \$ TOTAL Deadline Feb. 14 / deductions begin March.

Monthly Credit Card 10 X \$ _____ = \$ TOTAL Deadline Feb. 14 / deductions 15th of every month beginning March. Please fill out credit card information below.

Direct Bank Withdrawal 10 X \$ _____ = \$ TOTAL Deadline Feb. 14 / deductions 15th of every month beginning March. Please attach void cheque.

I WISH FOR MY MONTHLY DEDUCTIONS TO CONTINUE UNTIL SUCH TIME AS I NOTIFY THE GCWCC OF ANY CHANGES (1-877-379-6070).
Please allow 30 days for requested changes to be implemented

Visa MC Amex Card # _____ Expiry Date _____ MM/YY
Please include your telephone number and email at the top of this form.

ONE TIME DONATION

Credit Card one-time payment in the amount of \$ TOTAL Please enter card information above.

Cheque one-time payment in the amount of \$ TOTAL Payable to United Way-GCWCC.

OTHER GIVING OPTIONS: For information on gift of stock, life insurance or planned giving please contact a GCWCC representative at 1-877-379-6070.

Signature X _____ Date M | D | YY

Please mail this completed form to: GCWCC Retirees, 363 Coventry Road, Ottawa, ON K1K 2C5
Or email to: GCWCC_Retirees-Mail@unitedwayottawa.ca canada.ca/gcwc-retirees

This mailing is being carried out by Public Services and Procurement Canada (PSPC) for GCWCC, with the approval of the Treasury Board, the Canadian Armed Forces, the RCMP and the Public Service. Information provided to GCWCC will be kept strictly confidential and used only for the purposes of initiating deductions and issuing income tax receipts. Your pension number will only be used by your pension administrator if you are making your donation through pension deductions.

Receipts issued for donations of \$20 or more. GCWCC and United Way are committed to donor privacy. Information is not shared without authorization or unless required by law.