

J'y crois
Je donne
C'est important

I care
I give
It matters



Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

Government of Canada Workplace Charitable Campaign

* 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 _____ Ministère/Agence Grade _____ Adresse courriel* _____
Langue de correspondance FR. ANGL. Tél. () _____
 OUI, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.
N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel personnelle ci-haut.

1 Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide.

CENTRAIDE LOCAL — Déterminé par mon code postal

Veillez 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 _____ \$
Veillez préciser le nom

TOTAL ANNUEL 1 TOTAL \$

2 **iii PartenaireSanté HealthPartners** Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.

Diviser le montant auprès des 16 organismes suivants _____ \$

ET/OU

Cœur + AVC	_____ \$
Crohn et Colite Canada	_____ \$
Diabète Canada	_____ \$
Dystrophie musculaire Canada	_____ \$
Fibrose kystique Canada	_____ \$
Fondation canadienne du foie	_____ \$
L'Association pulmonaire	_____ \$
La Fondation canadienne du rein	_____ \$
Parkinson Canada	_____ \$
Société Alzheimer du Canada	_____ \$
Société canadienne de l'hémophilie	_____ \$
Société canadienne de la sclérose en plaques	_____ \$
Société canadienne de la SLA	_____ \$
Société canadienne du cancer	_____ \$
Société de l'arthrite	_____ \$
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 \$

Veillez 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 souhaite être reconnu comme donateur. **Merci**

PROMESSE DE DONS MENSUELS Un reçu à des fins fiscales sera remis pour les dons de 20 \$ et plus.

Déductions à la source sur pension 12 X _____ \$ = **TOTAL \$** Date limite : 30 novembre/début des retenues : janvier. Tout don par déduction à la source reçu après le 30 novembre sera prélevé à partir de mars pour un total de 10 prélèvements au lieu de 12.

Don mensuel par carte de crédit 12 X _____ \$ = **TOTAL \$** Prélèvements effectués le 15^e jour de chaque mois, à compter de janvier. Veillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessous.

Retrait du compte bancaire 12 X _____ \$ = **TOTAL \$** Prélèvements effectués le 15^e jour de chaque mois, à compter de janvier. Veillez joindre un chèque portant la mention « annulé ».

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).
Veillez prévoir 30 jours pour donner suite au changement.

Visa **MC** **Amex** N° de carte _____ Date d'expiration _____
MM/AA
Veillez inscrire votre numéro de téléphone et votre courriel dans la section relative à l'adresse, située au haut du présent formulaire.

DON PONCTUEL Un reçu à des fins fiscales sera remis pour les dons de 20 \$ et plus.

Carte de crédit Paiement ponctuel de **TOTAL \$** Veillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessus.

Chèque Paiement ponctuel de **TOTAL \$** Veillez 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

Veillez faire parvenir le présent formulaire dûment rempli par la poste à : Retraités de la CCMTGC, 363 chemin Coventry, Ottawa (Ontario) K1K 2C5 canada.ca/ccmtgc-retraites

Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way Canada dans le contexte 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.

I care
I give
It matters

J'y crois
Je donne
C'est important



Government of Canada Workplace Charitable Campaign

Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

*Mandatory fields

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* _____ Department/Agency Rank _____ Email* _____

Language preference EN FR Tel. () _____ YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community. Don't forget to enter your personal email.

1 **United Way Centraide** YES, I agree to receive communications from 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** YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

Donate to all 16 of HealthPartners member charities \$ _____

AND/OR

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

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 wish to be recognized as a donor.

Thank you

MONTHLY PLEDGE Receipts issued for donations of \$20 or more.

Pension Deduction 12 X \$ _____ = \$ TOTAL

Monthly Credit Card 12 X \$ _____ = \$ TOTAL

Direct Bank Withdrawal 12 X \$ _____ = \$ TOTAL

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 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 Receipts issued for donations of \$20 or more.

Credit Card One-time payment in the amount of \$ TOTAL

Cheque One-time payment in the amount of \$ TOTAL

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

Signature X _____ Date YY | D | M

Please mail this completed form to: GCWCC Retirees, 363 Coventry Road, Ottawa, ON K1K 2C5

canada.ca/gcwc-retirees

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.

This campaign is managed by United Way Centraide

Questions? For more information, please call 1-877-379-6070