



CANVASSEER #

ORGANIZATION

DATE

☐ MR. ☐ MRS. ☐ MS. ☐ DR. Rank/Other

Date of birth

Y

M

D

Name

FirstMiddleLast

Personal phone number

Required for credit card donations

Home address

Professional phone number

extension

City

Prov.

Postal code

Personal email

Required for Credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

☐ YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.
Don't forget to enter your personal email.

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



United Way
Centraide

UnitedWay.ca

1 MY LOCAL UNITED WAY

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

\$

AND/OR Direct the following amount to:

All That Kids Can Be

Healthy People, Strong Communities

Poverty To Possibility

\$

\$

\$

IDENTIFICATION #

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = 1 \$ TOTAL

2 OTHER UNITED WAY of

\$

IDENTIFICATION #

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = 2 \$ TOTAL

iii HealthPartners
PartenaireSanté

HealthPartners.ca

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

AND/OR to one or more of HealthPartners' members:

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

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

By donating to all 16 of its member charities

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 #

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 GIFTS ABOVE \$500 ☐ I do not wish to be recognized as a donor.

Thank you

THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION

☐ 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

ONE-TIME credit card gift in the amount of

\$

\$

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

*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

1 \$TOTAL

2 \$TOTAL

3 \$TOTAL

4 \$TOTAL

01555

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.

DONOR'S SIGNATURE

Y M D

*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.



N° DU SOLICITEUR

ORGANISATION

DATE

☐ M. ☐ M^{me}. ☐ Dr. Rang/Autre

Date de naissance

Nom

N° de téléphone personnel

Adresse domiciliaire

N° de téléphone au travail

Ville

Code postal

Adresse courriel personnelle

☐ OUI, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.
N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel personnelle.

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

Centraide.ca

1

MON CENTRAIDE LOCAL

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

ET/OU Attribuez mon don là où il soutiendra :

Santé des gens et des collectivités

Amélioration des conditions de vie

Réussite des jeunes

N° D'IDENTIFICATION

RETENUES À LA SOURCE

26

X

\$

=

1

TOTAL

\$

2

AUTRE

CENTRAIDE de

RETENUES À LA SOURCE

26

X

\$

=

2

TOTAL

\$

iii

PartenaireSanté
HealthPartners

PartenaireSante.ca

3

JE SOUHAITE SAUVER DES VIES ET ÉRADICUER DES MALADIES DANS MA COMMUNAUTÉ.

ET/OU un ou plusieurs des organismes suivants :

Cœur + AVC

Crohn et Colite Canada

Diabète Canada

Dystrophie musculaire Canada

Fibrose kystique Canada

Fondation canadienne du foie

La Fondation canadienne du rein

L'Association pulmonaire

Diviser le montant auprès des 16 organismes

Parkinson Canada

Société Alzheimer du Canada

Société canadienne de la SLA

Société canadienne de la sclérose en plaques

Société canadienne de l'hémophilie

Société canadienne du cancer

Société de l'arthrite

Société Huntington du Canada

N° D'IDENTIFICATION

01555

RETENUES À LA SOURCE

26

X

\$

=

3

TOTAL

\$

4

AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS

Consultez canada.ca/organismes-bienfaisance-liste

Don minimum de 26 \$ par organisme

ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant

N° D'ENREGISTREMENT/NE

N° D'IDENTIFICATION

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 500\$ ET +

☐ Je ne souhaite pas être reconnu comme donateur.

Merci

VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON

☐ 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 \$

☐ DON PONCTUEL par carte de crédit au montant de \$

Signature

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.

*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.

1

TOTAL

\$

2

TOTAL

\$

3

TOTAL

\$

4

TOTAL

\$

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.

J'autorise une retenue de \$ X 26 périodes de paie, pour un don total de TOTAL \$

SIGNATURE DU DONATEUR

DATE

*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.