

Government of Canada Workplace
Charitable Campaign (GCWCC)

* Mandatory fields

Pension #*

Retired from*

Rank

Name*

Language preference

Tel. ()

Home address*

Email*

City*

Prov.*

Postal code*

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

Please ensure that your 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 1-800-267-0350 for the CFSA pension office.

1



YES, I agree to receive communications from your local United Way.

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

Local Love in a global crisis:
Covid-19 Recovery fund

AND/OR

OTHER UNITED WAY

ANNUAL TOTAL 1 \$ TOTAL

2



YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

Donate to all 16 of HealthPartners member charities and special fund

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

Multiple Sclerosis Society of Canada

Muscular Dystrophy Canada

Parkinson Canada

The Kidney Foundation of Canada

The Lung Association

COVID-19 Resiliency Fund: to support the physical and mental well-being of our most vulnerable

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

FOR GIFTS ABOVE \$500

1 + 2 + 3 = \$

☐ I wish to be recognized as a donor.

Thank you

MONTHLY PLEDGE

Receipts issued for donations of \$20 or more.

☐ Pension Deduction

10 X \$

=

\$ TOTAL

Deadline Feb. 14 /deductions begin March.

☐ Monthly Credit Card

12 X \$

=

\$ TOTAL

Deductions 15th of every month beginning January.
Please fill out credit card information below.

☐ Direct Bank Withdrawal

12 X \$

=

\$ TOTAL

Deductions 15th of every month beginning January.
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

Please include your telephone number and email at the top of this form.

MM/YY

ONE TIME DONATION

Receipts issued for donations of \$20 or more.

☐ 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

Please mail this completed form to: GCWCC Retirees, 363 Coventry Road, Ottawa, ON K1K 2C5
Or email to: gcwcc_retirees-mail@unitedwayeo.ca canada.ca/gcwcc-retirees

Personal information collected by United Way Centraide Canada for GCWCC is only used or disclosed 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 then 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

* Champs obligatoires

Retraité(e) de*

Ministère/Agence

Grade

Nom*

prénom

second prénom

nom

Langue de correspondance

☐ FR

☐ ANGL.

Tél. ()

Adresse domiciliaire*

Adresse courriel*

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

☐ OUI, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.

N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel personnelle ci-haut.

Ville*Prov.*Code postal*

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 1-800-267-0350.

1



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

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

\$

Ici avec Cœur en situation de crise mondiale :

\$

Fonds de relance COVID-19

\$

ET/OU

AUTRE CENTRAIDE

\$

Veuillez préciser le nom

TOTAL ANNUEL

1

TOTAL

\$

2



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

Diviser le montant auprès organismes et fond spécial 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

\$

Fonds de résilience pour la COVID-19 : pour favoriser le bien-être physique et mental des plus vulnérables

\$

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 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 10 X

\$ =

TOTAL

\$

Date limite : 14 fév. /début des retenues : mars.

☐ Don mensuel par carte de crédit 12 X

\$ =

TOTAL

\$

Prélèvements effectués le 15^e jour de chaque mois, à compter de janvier. Veuillez 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. 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

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

☐ 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@unitedwayeo.ca canada.ca/ccmtgc-retraites

Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way Canada 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.

 Cette campagne est gérée par Centraide/United Way

Questions ? Renseignements ? Composez le 1-877-379-6070.