

\*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\* \_\_\_\_\_ Rank \_\_\_\_\_ Email\* \_\_\_\_\_

Required for credit card donations, electronic tax receipts and/or campaign updates.

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.

<div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px;"> <b>1</b> <b>United Way Centraide</b> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> YES, I agree to receive communications from United Way.</p> <p><b>MY LOCAL UNITED WAY —</b> as determined by my postal code</p> <p>Invest my donation where it will have the greatest impact \$ _____</p> <p style="background-color: #333; color: white; padding: 2px; font-size: x-small;">AND/OR</p> <p><b>Direct the following amount to:</b></p> <p>All That Kids Can Be \$ _____</p> <p>Healthy People, Strong Communities \$ _____</p> <p>Poverty To Possibility \$ _____</p> <p style="background-color: #333; color: white; padding: 2px; font-size: x-small;">AND/OR</p> <p><b>OTHER UNITED WAY</b></p> <p style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin-left: 0;">\$ _____</p> <p style="font-size: x-small; margin-left: 20px;">Please specify name</p>	<div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px;"> <b>2</b> <b>HealthPartners PartenaireSanté</b> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> YES, I agree to receive communications from HealthPartners.</p> <p><b>Donate to all 17 HealthPartners member charities</b> \$ _____</p> <p style="background-color: #333; color: white; padding: 2px; font-size: x-small;">AND/OR</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ALS Society of Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Alzheimer Society of Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Arthritis Society</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Canadian Cancer Society</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Canadian Hemophilia Society</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Canadian Liver Foundation</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Crohn's and Colitis Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Cystic Fibrosis Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Diabetes Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Heart &amp; Stroke</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Huntington Society of Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>The Kidney Foundation of Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>The Lung Association</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Mental Health Commission of Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Muscular Dystrophy Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Multiple Sclerosis Society of Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> <tr><td>Parkinson Canada</td><td style="text-align: right;">\$ _____</td></tr> </table>	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	\$ _____	Mental Health Commission of Canada	\$ _____	Muscular Dystrophy Canada	\$ _____	Multiple Sclerosis Society of Canada	\$ _____	Parkinson Canada	\$ _____
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	\$ _____																																		
Mental Health Commission of Canada	\$ _____																																		
Muscular Dystrophy Canada	\$ _____																																		
Multiple Sclerosis Society of Canada	\$ _____																																		
Parkinson Canada	\$ _____																																		
ANNUAL TOTAL = <b>1</b> \$ TOTAL	ANNUAL TOTAL = <b>2</b> \$ TOTAL																																		

**3 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES** Visit [canada.ca/charities-list](http://canada.ca/charities-list) for a list of charities.

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

ANNUAL TOTAL = **3** \$ TOTAL

<input type="checkbox"/> 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.	<b>TOTAL GIFT</b>	1	+	2	+	3	=	\$	
FOR GIFTS ABOVE \$500 <input type="checkbox"/> I wish to be recognized as a donor.		Thank you							

**MONTHLY PLEDGE**

<input type="checkbox"/> PENSION DEDUCTION	12 X \$ _____	+	\$ TOTAL	Deadline: December 6/deductions being January. All pension donations received between December 6 and February 9 will start being deducted as of March for a total of 10 deductions instead of 12.
<input type="checkbox"/> MONTHLY CREDIT CARD	12 X \$ _____	+	\$ TOTAL	Deductions 15 <sup>th</sup> of every month beginning in January. Please fill out credit card information below.
<input type="checkbox"/> DIRECT BANK WITHDRAWAL	12 X \$ _____	+	\$ TOTAL	Deductions 15 <sup>th</sup> of every month beginning in January. Please attach void cheque.

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.

<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> AMEX	CARD# _____	EXPIRY DATE _____
Please include your telephone number and email at the top of this form. <span style="float: right;">MM/YY</span>		

**ONE TIME DONATION**

<input type="checkbox"/> CREDIT CARD	One-time payment in the amount of	\$ TOTAL	Please enter card information above.
<input type="checkbox"/> CHEQUE	One-time payment in the amount of	\$ TOTAL	Payable to United Way-GCWCC.

**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 

Y	M	D
---	---	---

**Please mail this completed form to:** GCWCC Retirees, 363 Coventry Road, Ottawa, ON K1K 2C5 [canada.ca/gcwcc-retirees](http://canada.ca/gcwcc-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

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

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.

<p><b>1</b> <b>Centraide United Way</b> <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide.</p> <p><b>CENTRAIDE LOCAL — Déterminé par mon code postal</b></p> <p>Veillez distribuer mon don là où il aura l'effet le plus important dans ma communauté _____ \$</p> <p>ET/OU</p> <p><b>J'aimerais que mon don vienne en aide à :</b></p> <p>Réussite des jeunes _____ \$</p> <p>Santé des gens et des communautés _____ \$</p> <p>Amélioration des conditions de vie _____ \$</p> <p>ET/OU</p> <p><b>AUTRE CENTRAIDE</b> _____ \$</p> <p><small>Veillez préciser le nom</small></p>	<p><b>2</b> <b>PartenaireSanté HealthPartners</b> <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.</p> <p><b>Diviser le montant auprès des 17 organismes suivants</b> _____ \$</p> <p>ET/OU</p> <p>Cœur + AVC _____ \$</p> <p>Commission de la santé mentale du Canada _____ \$</p> <p>Crohn et Colite Canada _____ \$</p> <p>Diabète Canada _____ \$</p> <p>Dystrophie musculaire Canada _____ \$</p> <p>Fibrose kystique Canada _____ \$</p> <p>Fondation canadienne du foie _____ \$</p> <p>La Fondation canadienne du rein _____ \$</p> <p>L'Association pulmonaire _____ \$</p> <p>Parkinson Canada _____ \$</p> <p>Société Alzheimer du Canada _____ \$</p> <p>Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$</p> <p>Société canadienne de la SLA _____ \$</p> <p>Société canadienne de l'hémophilie _____ \$</p> <p>Société canadienne du cancer _____ \$</p> <p>Société de l'arthrite _____ \$</p> <p>Société Huntington du Canada _____ \$</p>
--	--

TOTAL ANNUEL = **1** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

TOTAL ANNUEL = **2** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**3 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS** Consultez [canada.ca/organismes-bienfaisance-liste](http://canada.ca/organismes-bienfaisance-liste) pour une liste des organismes.

_____	_____	_____ \$
<small>Nom de l'organisme</small>	<small>No d'enregistrement/NE</small>	
_____	_____	_____ \$

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**

**DÉDUCTIONS À LA SOURCE SUR PENSION** 12 X \$ \_\_\_\_\_ + TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Date limite : 6 décembre/début des retenues en janvier. Tout don par déduction à la source reçu entre le 6 décembre et le 9 février sera prélevé à compter 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> jour de chaque mois, à compter de janvier. Veillez joindre un chèque portant la mention « annulé ».

J'AIMERAI QUE MES PRÉLÈVEMENTS MENSUELS CONTINUENT AUTOMATIQUÉMENT 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 \_\_\_\_\_  
 Veillez inscrire votre numéro de téléphone et votre courriel dans la section relative à l'adresse, située au haut du présent formulaire. MM/AA

**DON PONCTUEL**

**CARTE DE CRÉDIT** Paiement ponctuel de TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Veillez inscrire vos renseignements de carte de crédit ci-dessus.

**CHEQUE** 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](http://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.