



N° DU SOLLICITEUR _____ ORGANISATION _____ DATE _____

20-

M. M^{me}. | D^r. Grade/Autre _____

Année de naissance

			A
--	--	--	---

* Champs obligatoires

Nom* _____
prénom second prénom nom

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique* Angl. Fr.

Adresse domiciliaire* _____

Ville* _____ Prov.* _____ Code postal* _____

N° de téléphone personnel* _____

N° de téléphone au travail _____ poste téléphonique

Adresse courriel* _____
requis pour les dons par carte de crédit et pour les reçus aux fins de l'impôt, ainsi que 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.

À PROPOS DE VOTRE DON – Choisissez 1, 2, 3, 4 ou 5 (ou une combinaison de ces options)



1 Mon Centraide local centraide.ca Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide.

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:

Amélioration des conditions de vie _____ \$
Répondre aux besoins essentiels des personnes les plus vulnérables de nos collectivités, en donnant à chaque Canadien l'occasion de bâtir un avenir meilleur.

Favoriser la réussite des jeunes _____ \$
Fournir aux enfants et aux jeunes le soutien dont ils ont besoin pour prendre un bon départ dans la vie, bien réussir à l'école et réaliser leur plein potentiel.

Bâtir des collectivités fortes et saines _____ \$
Créer des quartiers vivants, où tous éprouvent un sentiment d'appartenance et un attachement les uns envers les autres.

Ici avec Cœur en situation de crise mondiale: Fonds de relance COVID-19 _____ \$
Aider les personnes les plus vulnérables de nos communautés, fragilisées par la crise.

N° D'IDENTIFICATION Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.
0 1 0 3 2 RETENUES À LA SOURCE **26** x _____ \$ = **1** TOTAL \$



3 PartenaireSanté partenairesante.ca Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.

Diviser le montant auprès des 16 organismes _____ \$

et/ou à l'un ou plusieurs des organismes et fond spécial suivants:

Cœur + AVC _____ \$	Société Alzheimer du Canada _____ \$
Crohn et Colite Canada _____ \$	Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$
Diabète Canada _____ \$	Société canadienne de la SLA _____ \$
Dystrophie musculaire Canada _____ \$	Société canadienne de l'hémophilie _____ \$
Fibrose kystique Canada _____ \$	Société canadienne du cancer _____ \$
Fondation canadienne du foie _____ \$	Société de l'arthrite _____ \$
Fondation canadienne du rein _____ \$	Société Huntington du Canada _____ \$
L'Association pulmonaire _____ \$	Fonds de résilience pour la COVID-19 : pour favoriser le bien-être physique et mental des plus vulnérables _____ \$
Parkinson Canada _____ \$	

N° D'IDENTIFICATION 01555 RETENUES À LA SOURCE **26** x _____ \$ = **3** TOTAL \$

4 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS Don minimum de 26 \$ par organisme Consultez canada.ca/organismes-bienfaisance-liste

ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant _____ N° D'ENREGISTREMENT/NE _____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

N° D'IDENTIFICATION **0 1 0 3 2** 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 souhaite être reconnu comme donateur.

Merci

JE SOUHAITE FAIRE MON DON DE LA FAÇON SUIVANTE

Des reçus officiels de don seront remis pour tout don de 20 \$ et plus

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 personnel dans la section de l'adresse au haut de ce formulaire.

N° de la carte _____ date d'expiration MM/AA _____

Signature _____

MENSUEL Don par carte de crédit de _____ \$ pour une période de 12 mois à compter du 15 janvier, totalisant _____ \$

PONCTUEL Don par carte de crédit de la somme de _____ \$

* REMPLISSEZ CETTE SECTION SI VOUS FAITES UN DON PAR RETENUES À LA SOURCE

ATTENTION: Trésoriers de la campagne, traiter conformément aux indications du guide du trésorier

PRÉNOM _____ NOM _____ CIDP/MATR _____

INDIQUER ICI COMMENT VOUS SOUHAITEZ VENTILER VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE.

1 TOTAL \$	2 TOTAL \$	3 TOTAL \$	4 TOTAL \$
0 1 0 3 2		0 1 5 5 5	0 1 0 3 2

J'autorise la déduction de _____ \$ par paie DON TOTAL \$

_____ SIGNATURE _____

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.

* 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.

NTL20



CANVASSER # ORGANIZATION DATE

20-

* Mandatory fields

MR. MRS. MS. DR. Rank/Other _____
 Name* _____
First Middle Last
 Home address* _____
 Personal phone number* _____
Required for credit card donations
 Email* _____
Required for credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

Year of Birth

--	--	--	--	--	--

 Contact me by Tel. Email Language preference* EN FR
 City* _____ Prov.* _____ Postal code* _____
 Professional phone number _____
Extension
 YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.
Don't forget to enter your email.

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



1 My local United Way unitedway.ca YES, I agree to receive communications from your 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:

Moving People From Poverty to Possibility _____ \$
Helping to meet the basic needs of our community's most vulnerable people, giving every Canadian the opportunity to realize a better future.

Helping Kids Be All They Can Be _____ \$
Giving children and youth the support they need to get a great start in life, do well in school, and reach their full potential.

Building Strong And Healthy Communities _____ \$
Creating vibrant neighbourhoods, where everyone experiences a sense of belonging and connection to one another.

Local Love in a global crisis: Covid-19 Recovery fund _____ \$
Helping the most vulnerable people in our communities impacted by the crisis.

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.
0 1 0 3 2 PAYROLL DEDUCTIONS

26

 x \$ _____ = **1** \$ TOTAL

3 HealthPartners healthpartners.ca YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

By donating to all 16 of its member charities _____ \$

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

ALS Society of Canada _____ \$	Heart & Stroke _____ \$
Alzheimer Society of Canada _____ \$	Huntington Society of Canada _____ \$
Arthritis Society _____ \$	Multiple Sclerosis Society of Canada _____ \$
Canadian Cancer Society _____ \$	Muscular Dystrophy Canada _____ \$
Canadian Hemophilia Society _____ \$	Parkinson Canada _____ \$
Canadian Liver Foundation _____ \$	The Kidney Foundation of Canada _____ \$
Crohn's and Colitis Canada _____ \$	The Lung Association _____ \$
Cystic Fibrosis Canada _____ \$	COVID-19 Resiliency Fund: to support the physical and mental well-being of our most vulnerable _____ \$
Diabetes Canada _____ \$	

IDENTIFICATION # 01555 PAYROLL DEDUCTIONS

26

 x \$ _____ = **3** \$ TOTAL

2 OTHER UNITED WAY of _____ \$

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.
 PAYROLL DEDUCTIONS

26

 x \$ _____ = **2** \$ TOTAL

4 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES (minimum \$26 per gift per charity) Visit canada.ca/charities-list

xx _____ ORGANIZATION or program if applicable	xx _____ BN/REGISTRATION #	_____ \$
xxx _____	xxx _____	_____ \$
xxx _____	xxx _____	_____ \$

IDENTIFICATION # **0 1 0 3 2** 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 wish to be recognized as a donor.

Thank you

THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION

Tax receipts automatically issued for gifts of \$20 or more.

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 _____
Other Giving Options: For information on gifts of life insurance, stock or bequests, please contact your local United Way.
 MONTHLY credit card gift of \$ _____ for 12 months beginning Jan. 15 for a total of _____ \$
 ONE-TIME credit card gift in the amount of _____ \$

* 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.

1 \$ TOTAL	2 \$ TOTAL	3 \$ TOTAL	4 \$ TOTAL
0 1 0 3 2		0 1 5 5 5	0 1 0 3 2

I authorize the deduction of \$ _____ per pay \$ TOTAL GIFT

Y M D

 SIGNATURE

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.

* 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.

NTL20