



CANVASSER # ORGANIZATION DATE

21-

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.

\*Mandatory fields

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



**1 My local United Way** [unitedway.ca](http://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. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.  
 0 1 0 3 2 PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = **1** \$ TOTAL

**2 OTHER UNITED WAY of** \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.  
 \_\_\_\_\_ PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = **2** \$ TOTAL



**3 HealthPartners** [healthpartners.ca](http://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 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Diabetes Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Alzheimer Society of Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Heart & Stroke \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Arthritis Society \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Huntington Society of Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Canadian Cancer Society \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Multiple Sclerosis Society of Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Canadian Hemophilia Society \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Muscular Dystrophy Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Canadian Liver Foundation \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Parkinson Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Crohn's and Colitis Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ The Kidney Foundation of Canada \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Cystic Fibrosis 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](http://canada.ca/charities-list)

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

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 \_\_\_\_\_  
 **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.

<b>1</b> \$ TOTAL	<b>2</b> \$ TOTAL	<b>3</b> \$ TOTAL	<b>4</b> \$ 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

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE

Y M D

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



N° DU SOLLICITEUR \_\_\_\_\_ ORGANISATION \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

21-

M.  M<sup>me</sup>.  D<sup>r</sup>. Grade/Autre \_\_\_\_\_

Année de naissance 

--	--	--	--

\*Champs obligatoires

Nom\* \_\_\_\_\_  
prénom second prénom nom

Communication  Tél.  Courriel Préférence linguistique\*  Angl.  Fr.

Adresse domiciliaire\* \_\_\_\_\_

Ville\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ Code postal\* \_\_\_\_\_

N° de téléphone personnel\* \_\_\_\_\_  
requis pour les dons par carte de crédit

N° de téléphone au travail \_\_\_\_\_  
postetéléphonique

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](http://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. \_\_\_\_\_ \$

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 \$

**2 AUTRE CENTRAIDE de** \_\_\_\_\_ \$

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



**3 PartenaireSanté** [partenairesante.ca](http://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 _____ \$	Parkinson Canada _____ \$
Crohn et Colite Canada _____ \$	Société Alzheimer du Canada _____ \$
Diabète Canada _____ \$	Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$
Dystrophie musculaire Canada _____ \$	Société canadienne de la SLA _____ \$
Fibrose kystique Canada _____ \$	Société canadienne de l'hémophilie _____ \$
Fondation canadienne du foie _____ \$	Société canadienne du cancer _____ \$
Fondation canadienne du rein _____ \$	Société de l'arthrite _____ \$
L'Association pulmonaire _____ \$	Société Huntington du 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](http://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.

<b>1</b> TOTAL \$ 0 1 0 3 2	<b>2</b> TOTAL \$ _____	<b>3</b> TOTAL \$ 0 1 5 5 5	<b>4</b> TOTAL \$ 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 en 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.