

GIFT FORM

J

GOVERNMENT OF CANADA WORKPLACE CHARITABLE CAMPAIGN (GCWCC)

WWW.GCWCC.ORG

613-228-6741



CANVASSER # _____

ORGANIZATION _____



This campaign is co-managed by United Way/ Centraide Ottawa and Centraide Outaouais

1 MR. MRS. MS. DR. OTHER _____

DATE _____ DD MM YY

NAME _____ FIRST INITIAL LAST

LANGUAGE PREFERENCE ENGLISH FRENCH

HOME ADDRESS _____

AGE RANGE -18 18-24 25-40 41-55 +55

CITY _____ PROV. _____ POSTAL CODE _____

I will be leaving the workplace and wish to continue my involvement with the GCWCC. Please contact me to discuss my options.

TEL. () _____ REQUIRED FOR CREDIT CARD DONATIONS

The GCWCC is committed to donor privacy. Personal information is not shared without written authorization or unless required by law. Visit www.gcwcc.org

E-MAIL _____

2 THIS IS HOW I WANT TO DISTRIBUTE MY GIFT

A **United Way Centraide** IDENTIFICATION # 0 1 _____ SEE THE GCWCC CALENDAR

UNITED WAY/CENTRAIDE OTTAWA (01001) CENTRAIDE OUTAOUAIS (01002)

UNITED WAY/CENTRAIDE of _____

United Way - I want to make an investment in my community that will make a difference. Please put my donation to work where it's needed most and will have the greatest impact. \$ _____

AND/OR direct the following amount to programs and services that will:

Reduce homelessness and help victims of abuse	\$ _____
Give children and youth opportunities to learn and grow	\$ _____
Help seniors stay independent and improve their quality of life	\$ _____
Help new Canadians find jobs, homes and start lives in our community	\$ _____
Increase independence and quality of life for people with disabilities	\$ _____
Build strong neighbourhoods and communities	\$ _____
UNITED WAY AGENCY	\$ _____
UNITED WAY AGENCY	\$ _____

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ _____ = **A** \$ _____

B **Healthpartners Partenairesanté** IDENTIFICATION # 0 1 5 5 5

HEALTHPARTNERS/PARTENAIRESANTÉ to distribute to all its 16 members \$ _____

AND/OR Choose from our member(s) below:

- Alzheimer Society of Canada
- ALS Society of Canada
- The Arthritis Society
- Canadian Cancer Society
- Canadian Cystic Fibrosis Foundation
- Canadian Diabetes Association
- Canadian Hemophilia Society
- Crohn's and Colitis Foundation of Canada
- Canadian Liver Foundation
- Heart and Stroke Foundation of Canada
- Huntington Society of Canada
- The Kidney Foundation of Canada
- The Lung Association
- Multiple Sclerosis Society of Canada
- Muscular Dystrophy Canada
- Parkinson Society Canada

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ _____ = **B** \$ _____

C **OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES** (minimum \$20 gift per charity) visit cra.gc.ca for a listing of charities IDENTIFICATION # 0 1 0 0 1

ORGANIZATION _____ BN/REGISTRATION # _____ \$ _____

ORGANIZATION _____ BN/REGISTRATION # _____ \$ _____

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ _____ = **C** \$ _____

3 TOTAL GIFT **A** + **B** + **C** = \$ _____

4 FOR LEADERSHIP GIFTS ONLY (gifts of \$1000 +) DO NOT print my name in the Leadership Honour Roll

Thank you

5 THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION

PAYROLL DEDUCTION complete section below \$ _____ TOTAL

CASH **CHEQUE** **POST-DATED CHEQUE(S)** \$ _____ TOTAL
make cheques payable to United Way GCWCC

GIFT OF STOCK
to process, call United Way/Centraide Ottawa at 613-228-6767

SEND ME INFORMATION ON GIFTS OF:
 Life Insurance Stock Bequests

CREDIT CARD Visa MC Amex
Include your telephone number in Step 1

MONTHLY credit card gift in the amount of \$ _____ for 12 consecutive months beginning Jan. 15

ONE-TIME credit card gift in the amount of \$ _____

Card # _____ EXPIRY DATE MM/YY _____

Signature _____

6 *FILL OUT THIS SECTION IF GIVING THROUGH PAYROLL DEDUCTION

To be detached by a campaign volunteer and forwarded to your payroll office.

J

NAME _____ FIRST INITIAL LAST

PAYROLL OFFICE _____ DEPARTMENT CODE _____ PAY LIST _____ PRI _____

INDICATE HERE HOW YOU DISTRIBUTED YOUR PAYROLL GIFT ABOVE.

A	\$	TOTAL	
0	1		
B	\$	TOTAL	
0	1	5	5
C	\$	TOTAL	
0	1	0	0

I authorize the deduction of \$ _____ X 26 pay periods, for a total gift of \$ _____

NOTE: Box C has the same code as United Way/Centraide Ottawa because they process and distribute these gifts to the other registered charities.

X DONOR'S SIGNATURE _____ DATE _____

*This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. This information will be stored in personal information bank PSE 904.

FORMULAIRE DE DON

J

CAMPAGNE DE CHARITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL DU GOUVERNEMENT DU CANADA (CCMTGC) | WWW.CCMTGC.ORG | 613-228-6741

N° DU SOLLICITEUR

ORGANISATION



Cette campagne est gérée conjointement par Centraide/United Way Ottawa et Centraide Outaouais

1 M. Mme Mlle Dr AUTRE _____ DATE _____ JJ MM AA

NOM PRÉNOM INITIALS NOM DE FAMILLE

PRÉFÉRENCE LINGUISTIQUE FRANÇAIS ANGLAIS

ADRESSE DOMICILE _____

ÂGE -18 18-24 25-40 41-55 +55

VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____

Je quitterai mon milieu de travail et je tiens à continuer ma participation à la CCMTGC. Veuillez communiquer avec moi pour discuter de mes options.

TÉL. () _____ REQUIS POUR LES DONNÉS PAR CARTE DE CRÉDIT

La CCMTGC respecte la confidentialité. Les renseignements personnels ne sont communiqués à personne sans autorisation écrite, ou à moins d'être exigés par la loi. Visitez www.ccmtgc.org

COURRIEL _____

2 VOICI COMMENT JE DÉSIRE RÉPARTIR MON DON

A N° D'IDENTIFICATION
VOIR LE CALENDRIER DE LA CCMTGC

CENTRAIDE/UNITED WAY OTTAWA (01001) CENTRAIDE OUTAOUAIS (01002)
 CENTRAIDE/UNITED WAY de _____

Centraide – Je souhaite faire un investissement qui fera une différence dans ma communauté. Veuillez utiliser mon don là où le besoin est le plus grand et où il aura le plus grand impact. \$

ET/OU dirigez la somme suivante aux programmes et services qui contribuent à :

- Réduire l'itinérance et aider les victimes de violence \$
- Donner aux enfants et aux jeunes des occasions d'apprendre et de s'épanouir \$
- Favoriser l'autonomie des aînés, et améliorer leur qualité de vie \$
- Aider les nouveaux arrivants à trouver des emplois et un foyer, et à débiter leur vie dans notre communauté \$
- Accroître l'autonomie et la qualité de vie des personnes handicapées \$
- Bâtir des quartiers et des communautés solides \$
- ORGANISME DE CENTRAIDE \$
- ORGANISME DE CENTRAIDE \$

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = **A** \$

B N° D'IDENTIFICATION

PARTENAIRESANTÉ/HEALTHPARTNERS — qui le distribuera à tous ses 16 membres \$

ET/OU J'aimerais que mon don vienne en aide à :

- Société Alzheimer du Canada
- Société de la SLA
- La Société d'Arthrite
- Société canadienne du cancer
- Fondation canadienne de la fibrose kystique
- Association canadienne du diabète
- Société canadienne de l'hémophilie
- Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin
- Fondation canadienne du foie
- Fondation des maladies du cœur du Canada
- Société Huntington du Canada
- La Fondation canadienne du rein
- L'Association pulmonaire
- Société canadienne de la sclérose en plaques
- Dystrophie musculaire Canada
- Société Parkinson Canada

\$
 \$
 \$
 \$

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = **B** \$

C AUTRE(S) ORGANISME(S) DE BIENFAISANCE ENREGISTRÉ(S) CANADIEN(S) (un don minimum de 20 \$ par organisme de bienfaisance) visitez arc.gc.ca pour une liste des organismes N° D'IDENTIFICATION

ORGANISME _____ No D'ENREGISTREMENT/NE \$
ORGANISME _____ No D'ENREGISTREMENT/NE \$

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = **C** \$

3 DON TOTAL **A** + **B** + **C** = \$

4 POUR LES DONNÉS DES CHEFS DE FILE SEULEMENT (dons de 1 000 \$ ou plus) Veuillez NE PAS inscrire mon nom au Tableau d'honneur des chefs de file.

5 MODE DE PAIEMENT

Merci

RETENUES À LA SOURCE TOTAL \$
veuillez remplir la partie ci-bas

COMPTANT CHÈQUE CHÈQUE POSTDATÉ TOTAL \$

CARTE DE CRÉDIT Visa MC Amex
Inscrivez votre numéro de téléphone à la section 1

SVP libeller le(s) chèque(s) à l'ordre de Centraide CCMTGC

DON MENSUEL par carte de crédit _____ \$
Pendant 12 mois consécutifs à compter du 15 janvier.

DONNÉS D' ACTIONS
Pour l'effectuer, téléphonez à Centraide/United Way Ottawa au 613-228-6767.

DON PONCTUEL par carte de crédit _____ \$

VEUILLEZ M'ENVOYER UN COMPLÉMENT D'INFORMATION

N° de carte _____ DATE D'EXPIRATION MM/AA

Assurance-vie Actions Biens personnels

Signature _____

6 *REEMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ CHOISI LES RETENUES À LA SOURCE À détacher par un bénévole de la campagne qui l'acheminera à votre bureau de paye. J

NOM PRÉNOM INITIALS NOM DE FAMILLE

BUREAU DE PAYE _____ CODE DU MINISTÈRE _____ LISTE DE PAYE _____ CIDP _____

INDIQUEZ ICI COMMENT RÉPARTIR VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE.

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

A TOTAL \$
B TOTAL \$
C TOTAL \$

NOTE : La case C comporte le même code que Centraide/United Way Ottawa parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

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.