

FORMULAIRE DE DON

AUX FINS DU PERSONNEL DE CENTRAIDE SEULEMENT

L

CAMPAGNE DE CHARITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL DU GOUVERNEMENT DU CANADA | CCMTGC.ORG | Des questions? Contactez votre Centraide local.



N° DU SOLLICITEUR

ORGANISATION



Cette campagne est gérée par Centraide/United Way.

M. M^{me} M^{lle} D^r GRADE _____ AUTRE _____ DATE _____

NOM _____ PRÉNOM _____ 2^e PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____

ADRESSE DOMICILE _____ TÉL. () _____ REQUIS POUR LES DONS PAR CARTE DE CRÉDIT

VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____ COURRIEL _____

ÂGE -18 18-24 25-40 41-55 +55

Vous quittez votre poste? Contactez un représentant de la CCMTGC au 1-877-379-6070 pour savoir comment vous pouvez continuer à appuyer la campagne.

DON DE CHEF DE FILE COMBIEN COÛTE-T-IL VRAIMENT?

Basé sur 26
paies par an

DON TOTAL	→ 520 \$	1 040 \$	1 560 \$	2 600 \$	5 200 \$
MONTANT DU DON	→ 20 \$	40 \$	60 \$	100 \$	200 \$
*MONTANT ACTUEL APRÈS LES IMPÔTS	→ 13,51 \$	25,48 \$	37,45 \$	61,39 \$	121,23 \$

DISTRIBUTION DU DON - Choisir 1,2,3 ou 4 (ou une combinaison de ceux-ci)

*Moyenne nationale des économies d'impôt.

CENTRAIDE | UNITED WAYS

1 MON CENTRAIDE LOCAL

ET/OU Attribuez mon don là où il aidera les :

Mon CENTRAIDE local distribuera mon don là où il aura le plus grand impact dans ma communauté. \$

Services de lutte contre la pauvreté	\$
Aînés	\$
Personnes handicapées	\$
Nouveaux Canadiens	\$
Enfants, jeunes et familles	\$

N° D'IDENTIFICATION _____ Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes. 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 Healthpartners

Fibrose kystique Canada	\$	Société Alzheimer du Canada	\$
Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin	\$	Société canadienne de la sclérose en plaques	\$
Fondation canadienne du foie	\$	Société canadienne de la SLA	\$
Fondation des maladies du cœur du Canada	\$	Société canadienne de l'hémophilie	\$
La Fondation canadienne du rein	\$	Société canadienne de cancer	\$
La Société de l'arthrite	\$	Société Huntington du Canada	\$
L'Association pulmonaire	\$	Société Parkinson Canada	\$

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

4 AUTRE(S) ORGANISME(S) DE BIENFAISANCE ENREGISTRÉ(S) CANADIEN(S)

Consultez arc.gc.ca pour une liste des organismes.

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

N° D'IDENTIFICATION _____ 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 CHEF DE FILE SEULEMENT

JE NE VEUX PAS que mon nom figure au tableau d'honneur des chefs de file mais JE VEUX que vous m'envoyiez des renseignements sur les activités.
 JE NE VEUX PAS que mon nom figure au tableau d'honneur des chefs de file et JE NE VEUX PAS que vous m'envoyiez des renseignements sur les activités.

VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON

Merci

RETENUES À LA SOURCE* \$

COMPTANT CHÈQUE CHÈQUE POSTDATÉ SVP libellez vos chèques à l'ordre de votre Centraide local. \$

CARTE DE CRÉDIT Visa M.C. Amex Inscrivez votre numéro de téléphone dans la section de l'adresse au haut de ce formulaire.

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

Signature _____

DON MENSUEL par carte de crédit au montant de \$ pour 12 mois consécutifs entrant en vigueur le 15 janvier 2012

DON PONCTUEL par carte de crédit au montant de \$

*REPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ CHOISI LES RETENUES À LA SOURCE

ATTENTION bénévoles de campagne : Lorsque cette section sera détachée, envoyez-la à votre service de paye.

L

NOM _____ PRÉNOM _____ 2^e PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____

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

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

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

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

N.B. : 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.

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. La CCMTGC protège la vie privée de ses donateurs. Les renseignements personnels ne sont communiqués à personne sans autorisation écrite, sauf en cas d'obligation légale. Consultez www.ccmtgc.org