

# 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 SOL LICITEUR

ORGANISATION



Cette campagne est gérée par Centraide/United Way.

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup> GRADE \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

ADRESSE DOMICILE \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

ÂGE -18  18-24  25-40  41-55  +55

AUTRE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

TÉL. ( ) \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

REQUIS POUR LES DON S PAR CARTE DE CRÉDIT

Vous quittez votre poste? Contactez un représentant de la CCMTGC au 1-877-779-6070 pour savoir comment vous pouvez continuer à appuyer la campagne.

## DON DE CHEF DE FILE

Basé sur 26 paies par an

COMBIEN COÛTE-T-IL VRAIMENT?

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 \$

Moyenne nationale des économies d'impôt.

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



CENTRAIDE | UNITED WAYS

1

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



Diviser entre les 16 organismes \_\_\_\_\_ \$

et/ou un ou plusieurs des organismes suivants :

Association canadienne du diabète _____ \$	Fibrose kystique Canada _____ \$	Société Alzheimer du Canada _____ \$
Dystrophie musculaire 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 du 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) Don minimum de 26 \$ par don par organisme

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

(dons de 1000 \$ et plus)  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 \_\_\_\_\_ \$

## \*REEMPLIR 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<sup>e</sup> 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.

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

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

SIGNATURE DU DONATEUR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

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.

\*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