

FOR OFFICE USE ONLY

Organizational Structure: _____ / _____ / _____

MR. MRS. MS. DR. Rank/Other _____

Date | | Y | | | M | | | D | |

Name _____
First Middle Last

Contact me by Tel. Email Language preference EN FR

Home address _____

City _____ Prov. _____ Postal code _____

Personal phone number () _____
Required for credit card donations

Tel: Work () _____

Personal email _____
Required for Credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

Please keep me informed about the Government of Canada Workplace Charitable Campaign

FOR LEADERSHIP GIFTS (\$1000+) OR MAJOR GIFTS (\$5000+)

I do not wish to see my name published in the Leadership Honour Roll nor do I wish to receive additional information as a Leadership donor

ABOUT YOUR GIFT — Choose 1,2,3,4 or 5 (or combination of each)

1 OTTAWA

UnitedWayOttawa.ca

Please invest my donation where it's needed most and will have the greatest impact. _____ \$

ALL THAT KIDS CAN BE

Infants (preschool): a good start in life _____ \$
Youth (5+): a safe place to learn, play and grow _____ \$

HEALTHY PEOPLE, STRONG COMMUNITIES

Seniors: reducing isolation _____ \$
Neighbourhoods: stronger, safer, healthier places to live _____ \$
Mental health/addictions: healing and prevention _____ \$
People in crisis: a place to turn _____ \$

POVERTY TO POSSIBILITY

People with disabilities: create job opportunities _____ \$
Homeless youth: permanent housing and support _____ \$
Newcomers: careers that match skills _____ \$

IDENTIFICATION # 01001 PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = **1** \$ TOTAL

2 OUTAOUAIS

CentraideOutaouais.com

(Gatineau and the MRC des Collines, Papineau and Pontiac)

I WANT TO CHANGE LIVES IN THE OUTAOUAIS!

I want Centraide Outaouais to invest my donation wherever the need is greatest _____ \$

AND/OR, more specifically:

BETTER LIVING CONDITIONS _____ \$

Defeat hunger, Help those in distress
Provide shelter for the less fortunate
Support social integration and job readiness programs

SUCCESS FOR YOUTH _____ \$

Keep kids in school, Stop bullying
End physical and psychological abuse

BUILDING STRONGER COMMUNITIES _____ \$

Revive neglected neighbourhoods
Build capacity in community agencies
Promote volunteering and mutual assistance

IDENTIFICATION # 01002 PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = **2** \$ TOTAL

3 OTHER

UNITED WAY of _____

_____ \$

IDENTIFICATION # _____ See GCWCC calendar for list of codes.

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = **3** \$ TOTAL

4 I WANT TO SAVE LIVES AND HELP FIGHT DISEASE IN MY COMMUNITY.

HealthPartners.ca

HealthPartners and its 16 leading Canadian health charities work together to save lives, fight disease and create healthy workplaces and communities across Canada.

Divide among all 16 organizations _____ \$

AND/OR to one or more of the following:

ALS Canada _____ \$
Alzheimer Society Canada _____ \$
Arthritis Society _____ \$
Canadian Cancer Society _____ \$
Canadian Hemophilia Society _____ \$
Canadian Liver Foundation _____ \$
Crohn's and Colitis Canada _____ \$
Cystic Fibrosis Canada _____ \$

Diabetes Canada _____ \$
Heart & Stroke _____ \$
Huntington Society of Canada _____ \$
Multiple Sclerosis Society of Canada _____ \$
Muscular Dystrophy Canada _____ \$
Parkinson Canada _____ \$
The Kidney Foundation of Canada _____ \$
The Lung Association _____ \$

IDENTIFICATION # 01555 PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = **4** \$ TOTAL

5 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES (minimum \$26 per gift per charity)

Visit canada.ca/charities-list

ORGANIZATION or program if applicable _____

BN/REGISTRATION # _____ \$
_____ \$
_____ \$
_____ \$

IDENTIFICATION # 01001 Box 5 has the same code as United Way Ottawa because it processes and distributes these gifts to the other registered charities.

PAYROLL DEDUCTIONS 26 X \$ = **5** \$ TOTAL

TOTAL GIFT

1 + **2** + **3** + **4** + **5** = \$ TOTAL

HOW YOU WANT TO MAKE YOUR DONATION

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

Thank you

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 MONTHLY credit card gift of \$ _____ for 12 months beginning Jan. 15 for a total of _____ \$

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

***FILL OUT THIS SECTION IF GIVING THROUGH PAYROLL DEDUCTION**

FIRST NAME _____ LAST NAME _____ PRI/REG | | | | | | | |

INDICATE HERE HOW YOU DISTRIBUTED YOUR PAYROLL GIFT ABOVE.

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

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

X SIGNATURE _____ Y | | M | | D | |

YES, I agree to share my Personal Record Identifier (PRI) with United Way Ottawa for processing payroll deductions. This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. The GCWCC is committed to donor privacy. Personal information is not shared without written authorization or unless required by law. Visit canada.ca/charitable-campaign

NO, I do not agree to share my Personal Record Identifier (PRI) with United Way Ottawa. All information that you enter in the tear-away portion will only be used by the payroll office in your department/agency or in Public Services and Procurement Canada. Once the information is entered in to the system, your payroll office will keep the hard copy of the tear-away portion on file. Your personal information is protected and will only be used and disclosed in accordance with the Privacy Act, and as described in Personal Information Banks PSE 904 – Pay and Benefits, and PCE 705 – Public Service Pay. Under the Act, you have the right of access to, and correction of your personal information, if erroneous or incomplete. You also have the right to file a complaint to the Privacy Commissioner of Canada regarding the handling of your personal information.





Structure organisationnelle : _____ / _____ / _____

M. M^{me}. D^r. Rang/Autre _____

Date | A | M | J | _____

Nom _____
prénom second prénom nom

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique anglais français

Adresse domiciliaire _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

N° de téléphone personnel () _____
requis pour les dons par carte de crédit

N° de téléphone au travail () _____

Courriel personnel _____
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

J'aimerais recevoir des nouvelles de la Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

**POUR LES DONS DE CHEF DE FILE (\$1000+)
ou LES DONS MAJEURS (\$5000+)**

Je ne souhaite pas que mon nom soit publié au tableau d'honneur des Chefs de file,
ni recevoir d'information supplémentaire comme donateur Chef de file

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

1 OTTAWA

CentraideOttawa.ca

Veuillez investir mon don là où les besoins sont les plus
grands et où il aura l'effet le plus important. _____ \$

RÉUSSITE DES JEUNES

Enfants (âge préscolaire) : un bon départ dans la vie _____ \$

Jeunes (de 5 ans et plus) : un endroit sécuritaire où étudier,
jouer et grandir _____ \$

SANTÉ DES GENS ET DES COLLECTIVITÉ

Personnes âgées : réduire l'isolement _____ \$

Quartiers : des communautés plus fortes, plus sécuritaires et plus saines _____ \$

Santé mentale et toxicomanies : guérison et prévention _____ \$

Personnes en situation de crise : des soutiens d'urgence _____ \$

AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE

Personnes handicapées : des possibilités d'emploi _____ \$

Sans-abri juvéniles : des logements stables _____ \$

Nouveaux Canadiens : des emplois qui correspondent aux compétences _____ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 0 1 RETENUES À LA SOURCE 26 X _____ \$ = **1** TOTAL \$

2 OUTAOUAIS

CentraideOutaouais.com

(Desservant Gatineau et les MRC des Collines, de Pontiac et de Papineau)

JE VEUX CHANGER DES VIES EN OUTAOUAIS!

Je souhaite que Centraide Outaouais investisse mon
don là où les besoins sont les plus grands. _____ \$

OU plus spécifiquement :

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE _____ \$

Vaincre la faim, aider les gens dans le besoin

Offrir un logement aux moins fortunés

Soutenir les programmes d'insertion sociale
et de préparation à l'emploi

FAVORISER LA RÉUSSITE DES JEUNES _____ \$

Combattre le décrochage et l'intimidation

Mettre fin à la violence physique et psychologique

DÉVELOPPER DES COMMUNAUTÉS D'ENTRAIDE _____ \$

Redonner de la vie aux quartiers négligés

Renforcer les capacités des organismes communautaires

Encourager le bénévolat et l'aide mutuelle

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 0 2 RETENUES À LA SOURCE 26 X _____ \$ = **2** TOTAL \$

3 AUTRE

CENTRAIDE de _____

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

4 JE SOUHAITE SAUVER DES VIES ET ÉRADICHER DES MALADIES DANS MA COMMUNAUTÉ.

PartenaireSante.ca

PartenaireSanté, en collaboration avec ses 16 organismes de bienfaisance les plus importants au pays, cherchent à sauver des vies,
à combattre les maladies et à créer des environnements de travail et des communautés sains dans l'ensemble du Canada.

Diviser le montant auprès des 16 organismes _____ \$

ET/OU à l'un ou plusieurs des organismes suivants :

Cœur + AVC _____ \$

Crohn et Colite Canada _____ \$

Diabète Canada _____ \$

Dystrophie musculaire Canada _____ \$

Fibrose kystique Canada _____ \$

Fondation canadienne du foie _____ \$

La Fondation canadienne du rein _____ \$

La société Alzheimer du Canada _____ \$

La société canadienne de la SLA _____ \$

La Société de l'arthrite _____ \$

L'Association pulmonaire _____ \$

Parkinson Canada _____ \$

Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$

Société canadienne de l'hémophilie _____ \$

Société canadienne du cancer _____ \$

Société Huntington du Canada _____ \$

N° D'IDENTIFICATION 01555 RETENUES À LA SOURCE 26 X _____ \$ = **4** TOTAL \$

5 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 01001 La case 5 comporte le même code que Centraide Ottawa parce que cet organisme traite
et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés. RETENUES À LA SOURCE 26 X _____ \$ = **5** TOTAL \$

DON TOTAL

1 + 2 + 3 + 4 + 5 = TOTAL \$

JE SOUHAITE FAIRE MON DON DE LA FAÇON SUIVANTE

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

Merci

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

N° de la carte _____ date d'expiration MM/AA **MENSUEL** Don par carte de crédit de _____ \$ pour une
période de 12 mois à compter du 15 janvier, totalisant _____ \$

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

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

PRÉNOM _____ NOM _____ CIDP/MATR _____

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

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

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

SIGNATURE DU DONATEUR _____ A M J

OUI, j'accepte de partager mon Code d'identification de dossier personnel (CIDP) avec Centraide Ottawa aux fins de traitement de mes retenues à la source. (Ces renseignements
sont utilisés pour autoriser les retenues à la source et orienter efficacement les dons. La CCMTGC s'engage à respecter la confidentialité de ses donateurs. Aucun renseignement
personnel ne sera partagé sans le consentement du donateur, sauf si la loi nous l'oblige. Consulter le canada.ca/campagne-charite.)

NON, je refuse de partager mon Code d'identification de dossier personnel (CIDP) avec Centraide Ottawa. (Tous les renseignements inscrits dans la partie détachable du document
seront utilisés par le Service de paie du ministère/agence ou par Service publics et Approvisionnement Canada. Une fois les renseignements entrés dans le système, le bureau de la
paie conservera la copie papier (partie détachable) du document en dossier. Les renseignements personnels sont protégés; ils sont utilisés ou dévoilés qu'en conformité avec la Loi
sur la protection des renseignements personnels, et tel qu'il est décrit dans les fichiers de renseignements personnels POE 904 – Rémunération et avantages et PCE 705 – Systèmes
de rémunération de la fonction publique. En vertu de la loi, le donateur a le droit de demander l'accès à ses renseignements personnels, ainsi que de les corriger s'ils sont erronés ou
incomplets. Le donateur a également le droit de porter plainte au Commissaire à la protection de la vie privée du Canada pour ce qui est du traitement de ses renseignements personnels.)

