



MY CONTACT INFORMATION (please write clearly)

* indicates where information is required.

Male Female Employee No.: _____

Last Name*: _____

First Name*: _____

Organization*: _____

Union: _____

Home Address*: _____

City*: _____

Province*: _____ Postal Code*: _____

*The Canada Revenue Agency requires the donor's personal address to appear on charitable tax receipts issued.

Tel*: _____

Email*: _____

Age: 18-24 25-40 41-55 56-64 65+

Correspondence*: English French

I wish to know how my donation makes a difference in my community, please send the information to the email address listed above.

**DONOR
RECOGNITION**

We recognize our donors*. Please let us know how you would like your name (and your spouse/partner if applicable) to appear:

Name to appear as: _____

Please ensure my gift remains anonymous.

*Gifts of \$250 +

I SUPPORT UNITED WAY

(payment method and authorization)

**PAYROLL
DEDUCTION**

I authorize the deduction of:

\$ _____ X _____ = \$ _____
Amount per pay # pay periods Total donation

Perpetual giving: Please ensure my donation (by payroll, direct deposit, or credit card) continues until I notify the United Way otherwise.

I am a perpetual donor and would like to increase my gift by:

\$2 \$4 \$6 \$8 \$ _____ x 26 = _____

**CREDIT
CARD**

One time payment of: \$ _____

Monthly payment of: \$ _____ x 12 = \$ _____

Card number: _____

Expiry date: _____

Name on card: _____

Signature: _____ / / _____
Date

*Please ensure you have provided an email and a phone number.

**CHEQUE OR
CASH**

Cheque Cash Amount = \$ _____

*For Direct Debit or Gift of Securities, please contact our Finance Director at (506) 858-8600 Ext. 3662.

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

***We are committed to protecting your privacy. We do not sell or share our donor lists. For our full privacy policy please visit our website.

I WANT MY SUPPORT TO:

- Tackle the most critical need in my community.**
- Build strong and healthy communities that promote physical and mental well being.**
- Help meet basic needs and build a sense of hope and belonging in our community.**
- Help kids succeed and reach their full potential.**

Optional Donor Choice (Minimum donation of \$25).

If you want to direct a portion of your donation to another Canadian registered charity, complete this section. The administration fee is 5%. An additional pledge loss fee of 5% is applied to donations by payroll deduction. Contributions designated to a non-registered charity will be redirected to the United Way Community Fund.

\$ _____ Organization: _____ Charitable Registration #: _____

For Payroll Deduction Only - Complete this section. (To be detached by the Payroll Department.)



Name: _____ Employee No: _____

I authorize the deduction of \$ _____ X _____ = \$ _____
Amount per pay # pay periods Total Donation

I'm a perpetual giver and wish to increase my gift by: \$ _____ X _____ = \$ _____
Amount per pay # pay periods Total Donation

Signature: _____ Date: _____

THANK YOU

MES COORDONNÉES (veuillez écrire lisiblement)
*indique que l'information est requise.

Homme Femme No de l'employé: _____

Nom de famille*: _____

Prénom*: _____

Organisation*: _____

Syndicat: _____

Adresse personnelle*: _____

Ville*: _____

Province*: _____ Code postal*: _____
L'Agence du revenu du Canada exige que l'adresse personnelle du donateur soit indiquée sur le reçu de bienfaisance officiel émis.

Tel*: _____

Courriel* : _____

Âge: 18-24 25-40 41-55 56-64 65+

Correspondance*: Anglais Français

J'aimerais savoir comment mon don est investi dans ma communauté. Veuillez envoyer de l'information à mon adresse courriel susmentionnée.

RECONNAISSANCE DES DONATEURS Nous reconnaissons nos donateurs*. Veuillez nous mentionner comment vous voulez que votre nom soit indiqué (ou celui de votre conjoint ou partenaire, s'il y a lieu).

Nom à indiquer : _____

J'aimerais que mon don reste anonyme.
*Reconnaissance à partir de 250 \$+

J'APPUIE CENTRAIDE (méthode et autorisation de paiement)

RETENUE SALARIALE **J'autorise la retenue de :**

_____ \$ X _____ = _____ \$




Montant par paie # de périodes de paie Don total

Don perpétuel : Investissez mon don (retenue salariale, dépôt direct ou par carte de crédit) jusqu'à ce que j'en informe Centraide autrement.

Je donne à perpétuité et j'aimerais augmenter mon don de :

2\$ 4\$ 6\$ 8\$ _____ \$ x 26 = _____

CARTE DE CRÉDIT

Paiement ponctuel de : _____ \$

Paiement mensuel de : _____ \$ x 12 = _____ \$

No de carte : _____

Date d'expiration : _____

Nom sur la carte : _____

Signature : _____ / _____ / _____
Date

* N'oubliez pas de fournir votre adresse courriel et votre numéro de téléphone.

CHÈQUE OU ARGENT : Chèque Argent Montant = _____ \$

*Pour un débit direct ou pour un don de titres, communiquez avec notre directrice de finance au 506-858-8600 poste 3662.
** Reçu officiel émis pour les dons de 20 \$ et plus.
Nous sommes déterminés à protéger votre vie privée. Nous ne vendons pas ou ne partageons pas nos listes de donateurs. Consultez notre site web pour notre politique complète en matière de confidentialité

JE VEUX DONNER MON APPUI POUR :

Aborder les besoins les plus essentiels dans ma communauté.

Établir des communautés solides et saines qui appuient le mieux-être physique et mental.


Aider à satisfaire les besoins de base et favoriser un sentiment d'espoir et d'appartenance dans notre communauté.

Aider les jeunes à réussir et à atteindre leur plein potentiel.

Choix optionnel du donateur (don minimum de 25 \$)

Si vous souhaitez faire don d'une portion de votre don à un autre organisme de bienfaisance enregistré, veuillez remplir la section suivante. Les frais amstratifs sont de 5 %. Des frais supplémentaires de perte de promesse de don de 5 % sont appliqués aux déductions à la source. Les contributions désignées à un organisme de bienfaisance non enregistré seront placées dans le Fonds communautaire de Centraide.

_____ \$ Organisations: _____ No d'organisme de bienfaisance : _____

Aux fins de retenue salariale seulement – Veuillez remplir cette section (à détacher par le service de la paie) 

Nom: _____ No de l'employé : _____

J'autorise la déduction de : _____ \$ X _____ = _____ \$

Montant par paie # de périodes de paie Don total

Je donne à perpétuité et j'aimerais augmenter mon don de : _____ \$ X _____ = _____ \$

Montant par paie # de périodes de paie Don total

Signature : _____ Date : _____

MERCI!