



CANVASSER # \_\_\_\_\_ ORGANIZATION \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

MR.  MRS.  MS.  DR. Rank/Other \_\_\_\_\_ Date of birth 

Y	M	D			

Name \_\_\_\_\_ Personal phone number ( ) \_\_\_\_\_ Required for credit card donations

Home address \_\_\_\_\_ Tel: Work ( ) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Postal code \_\_\_\_\_

Personal email \_\_\_\_\_  YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.  
*Don't forget to enter your personal email.*

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

**GIFT DISTRIBUTION - Choose 1,2,3 or 4 (or combination of each)**



UnitedWay.ca

**1 MY LOCAL UNITED WAY SUPPORTS:**

- |  |  |                                   |                                 |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Ability NB                               | Big Cove First Nation Wellness Committee | Crossroads for Women              | Open Sky Co-operative           |
| Anglophone East School District          | Boys and Girls Club of Moncton           | District scolaire francophone sud | PEDVAC                          |
| Atlantic Wellness Community Centre       | Boys and Girls Club of Dieppe            | Ensemble Greater Moncton          | Petitcodiac Boys and Girls Club |
| Beauséjour Family Crisis Resource Centre | Boys and Girls Club of Riverview         | Maison de Jeunes - Dieppe         | Tele-Drive Albert County        |
| Big Brothers Big Sisters                 | CNIB                                     | Moncton Headstart                 | Youth Impact                    |
|  |  |                                   | YWCA Moncton                    |

IDENTIFICATION # **0 1 0 1 7** See GCWCC calendar for list of codes. PAYROLL DEDUCTIONS **26** X \_\_\_\_\_ \$ = **1** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**2 OTHER UNITED WAY of \_\_\_\_\_**

IDENTIFICATION # \_\_\_\_\_ See GCWCC calendar for list of codes. PAYROLL DEDUCTIONS **26** X \_\_\_\_\_ \$ = **2** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**iii HealthPartners  
PartenaireSanté**

HealthPartners.ca

**3 I WANT TO SAVE LIVES AND HELP FIGHT DISEASE IN MY COMMUNITY.  
AND/OR to one or more of HealthPartners' members:**

By donating to all 16 of its member charities \_\_\_\_\_ \$

- |                             |       |    |
|-----------------------------|-------|----|
| ALS Society of Canada       | _____ | \$ |
| Alzheimer Society of 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 \_\_\_\_\_ \$ = **3** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

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

Visit [canada.ca/charities-list](http://canada.ca/charities-list)

ORGANIZATION or program if applicable \_\_\_\_\_ BN/REGISTRATION # \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

IDENTIFICATION # **0 1 0 1 7** Box 4 has the same code as your local United Way because it processes and distributes these gifts to the other registered charities. PAYROLL DEDUCTIONS **26** X \_\_\_\_\_ \$ = **4** TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL GIFT** **1** + **2** + **3** + **4** = TOTAL \$ \_\_\_\_\_

FOR GIFTS ABOVE \$500  I do not wish to be recognized as a donor.

*Thank you*

**THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION**

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 \_\_\_\_\_

Signature ~~X~~ \_\_\_\_\_

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

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

**Other Giving Options:** For information on gifts of life insurance, stock or bequests, please contact your local United Way.

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

ATTENTION : Campaign Treasurers, process in accordance with the Treasurer's Guide's instructions

FIRST NAME \_\_\_\_\_ LAST NAME \_\_\_\_\_ PRI/REG \_\_\_\_\_

**INDICATE HERE HOW YOU DISTRIBUTED YOUR PAYROLL GIFT ABOVE.**

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

<b>1</b> TOTAL \$	<b>2</b> TOTAL \$	<b>3</b> TOTAL \$	<b>4</b> TOTAL \$
0 1 0 1 7	0 1	0 1 5 5 5	0 1 0 1 7

NOTE: For Box 4 insert the same code as your local United Way because it processes and distributes these gifts to the other registered charities.

DONOR'S SIGNATURE ~~X~~ \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Y M D

\*This information is used to authorize payroll deductions and direct your contributions. This information will be stored in personal information bank PSE 904. 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](http://canada.ca/charitable-campaign).

NTL19



N° DU SOLLICITEUR \_\_\_\_\_ ORGANISATION \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

M.  M<sup>me</sup>.  D<sup>r</sup>. Rang/Autre \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | A | | | | | M | | | | | J | | | | |

Nom \_\_\_\_\_ N° de téléphone personnel ( ) \_\_\_\_\_  
prénom second prénom nom Requis pour les dons par carte de crédit

Adresse domiciliaire \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail ( ) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Adresse courriel personnelle \_\_\_\_\_  OUI, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.  
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 N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel personnelle ci-haut.

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



**1 MON CENTRAIDE LOCAL APPUIE:**

- |  |   |   |                           |
|--|---|---|---------------------------|
| Ability NB                               | Centre de ressources et de crises familiales Beauséjour | Club des garçons et filles de Petitcodiac | Impact Jeunesse           |
| Anglophone East School District          |   | Coopérative Open Sky                      | Maison de Jeunes - Dieppe |
| Atlantic Wellness Community Centre       | Club des garçons et filles de Moncton                   | District scolaire francophone sud         | Moncton Headstart         |
| Big Cove First Nation Wellness Committee | Club des garçons et filles de Dieppe                    | Ensemble Grand Moncton                    | PEDVAC                    |
| Carrefour pour femmes                    | Club des garçons et filles de Riverview                 | Grands Frères Grandes Soeurs INCA         | Tele-Drive Albert County  |
|  |   |   | YWCA Moncton              |

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 1 7 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 \$

**iii PartenaireSanté HealthPartners**

**3 JE SOUHAITE SAUVER DES VIES ET ÉRADICHER DES MALADIES DANS MA COMMUNAUTÉ. Diviser le montant auprès des 16 organismes ET/OU un ou plusieurs des organismes suivants :**

Cœur + AVC _____ \$	Parkinson Canada _____ \$
Crohn et Colite Canada _____ \$	Société Alzheimer du Canada _____ \$
Diabète Canada _____ \$	Société canadienne de la SLA _____ \$
Dystrophie musculaire Canada _____ \$	Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$
Fibrose kystique Canada _____ \$	Société canadienne de l'hémophilie _____ \$
Fondation canadienne du foie _____ \$	Société canadienne du cancer _____ \$
La Fondation canadienne du rein _____ \$	Société de l'arthrite _____ \$
L'Association pulmonaire _____ \$	Société Huntington du Canada _____ \$

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

**4 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS** Don minimum de 26 \$ par organisme

Consultez [canada.ca/organismes-bienfaisance-liste](http://canada.ca/organismes-bienfaisance-liste)

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

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 1 7 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 500\$ ET +  Je ne souhaite pas être reconnu comme donateur.

Merci

**VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON**

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 \_\_\_\_\_

Signature X \_\_\_\_\_

DON MENSUEL par carte de crédit de \_\_\_\_\_ \$ pendant 12 mois, à compter du 15 janvier, pour un montant total de \_\_\_\_\_ \$

DON PONCTUEL par carte de crédit au montant de \_\_\_\_\_ \$

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

ATTENTION : Trésoriers de la campagne, traiter conformément aux indications du guide du trésorier

PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ CIDP/MATR \_\_\_\_\_

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

1 TOTAL \$ 0 1 0 1 7 2 TOTAL \$ 0 1 3 TOTAL \$ 0 1 5 5 5 4 TOTAL \$ 0 1 0 1 7

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

N.B. : La case 4 indique 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 X \_\_\_\_\_ DATE A M J \_\_\_\_\_

\*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 pas communiqués sans autorisation écrite, sauf en cas d'obligation légale. Consultez [canada.ca/campagne-charite](http://canada.ca/campagne-charite).