



CANVASSER # ORGANIZATION DATE

MR.  MRS.  MS.  DR. Rank/Other \_\_\_\_\_  
 Name\* \_\_\_\_\_  
First Middle Last  
 Home address\* \_\_\_\_\_  
 Personal phone number\* \_\_\_\_\_  
Required for credit card donations  
 Email\* \_\_\_\_\_  
Required for credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

Year of Birth 

--	--	--	--	--	--

  
 Contact me by  Tel.  Email Language preference\*  EN  FR  
 City\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ Postal code\* \_\_\_\_\_  
 Professional phone number \_\_\_\_\_  
Extension  
 **YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.**  
**Don't forget to enter your email.**

\* Mandatory fields

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



**1 My local United Way** [unitedway.ca](http://unitedway.ca)  YES, I agree to receive communications from your local United Way.

My local UNITED WAY — to distribute where it will have the greatest impact in my community. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**AND/OR Direct the following amount to:**

Moving People From Poverty to Possibility \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Helping to meet the basic needs of our community's most vulnerable people, giving every Canadian the opportunity to realize a better future.

Helping Kids Be All They Can Be \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Giving children and youth the support they need to get a great start in life, do well in school, and reach their full potential.

United Way COVID-19 Recovery fund \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Helping agencies impacted by the COVID-19 pandemic to serve the most vulnerable people in our communities.

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.  
 0 1 0 1 7 PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = 1 \$ TOTAL

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

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.  
 \_\_\_\_\_ PAYROLL DEDUCTIONS 26 x \$ \_\_\_\_\_ = 2 \$ TOTAL



**3 HealthPartners** [healthpartners.ca](http://healthpartners.ca)  YES, I agree to receive communications from HealthPartners.

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

**AND/OR to one or more of HealthPartners' members and special fund:**

ALS Society of Canada _____ \$ _____	Heart & Stroke _____ \$ _____
Alzheimer Society of Canada _____ \$ _____	Huntington Society of Canada _____ \$ _____
Arthritis Society _____ \$ _____	Multiple Sclerosis Society of Canada _____ \$ _____
Canadian Cancer Society _____ \$ _____	Muscular Dystrophy Canada _____ \$ _____
Canadian Hemophilia Society _____ \$ _____	Parkinson Canada _____ \$ _____
Canadian Liver Foundation _____ \$ _____	The Kidney Foundation of Canada _____ \$ _____
Crohn's and Colitis Canada _____ \$ _____	The Lung Association _____ \$ _____
Cystic Fibrosis Canada _____ \$ _____	COVID-19 Resiliency Fund: to support the physical and mental well-being of our most vulnerable _____ \$ _____
Diabetes Canada _____ \$ _____	

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 wish to be recognized as a donor.

*Thank you*

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

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

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

**\* 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.

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

I authorize the deduction of \$ \_\_\_\_\_ eppay \$ TOTAL GIFT

~~X~~ SIGNATURE \_\_\_\_\_ Y M D

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.

\* Personal information collected by United Way Centraide Canada for GCWCC is only used or disclosed to facilitate donations, including issuing tax receipts. Providing personal information is entirely voluntary, but a donation may not be properly processed if you provide insufficient or incorrect information. Persons wishing to access or correct their personal information may contact the United Way Privacy Officer. Information collected by pay offices for payroll deductions is held in PIB PSE 904. Personal information collected during GCWCC will be protected as required by the Privacy Act and Government of Canada policies, will be retained by United Way as required by the CRA, and then disposed of securely. If you believe that personal information has been improperly handled or disclosed, you may file a complaint with the United Way Privacy Officer or with the Privacy Commissioner of Canada.



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

M.  M<sup>me</sup>.  D<sup>r</sup>. Grade/Autre \_\_\_\_\_

Année de naissance 

--	--	--	--

\* Champs obligatoires

Nom\* \_\_\_\_\_  
prénom second prénom nom

Communication  Tél.  Courriel Préférence linguistique\*  Angl.  Fr.

Adresse domiciliaire\* \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone personnel\* \_\_\_\_\_

N° de téléphone au travail \_\_\_\_\_  
poste téléphonique

Adresse courriel\* \_\_\_\_\_

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

**Oui, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC.  
N'oubliez pas d'inscrire votre adresse courriel.**

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



**1 Mon Centraide local** [centraide.ca](http://centraide.ca)  Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide.

Mon CENTRAIDE local distribuera mon don là où il aura l'impact le plus important dans ma communauté \_\_\_\_\_ \$

et/ou, attribuez mon don là où il soutiendra:

**Amélioration des conditions de vie** \_\_\_\_\_ \$  
Répondre aux besoins essentiels des personnes les plus vulnérables de nos collectivités, en donnant à chaque Canadien l'occasion de bâtir un avenir meilleur.

**Favoriser la réussite des jeunes** \_\_\_\_\_ \$  
Fournir aux enfants et aux jeunes le soutien dont ils ont besoin pour prendre un bon départ dans la vie, bien réussir à l'école et réaliser leur plein potentiel.

**Fonds de relance COVID-19 de Centraide** \_\_\_\_\_ \$  
Aider les organismes fragilisés par la pandémie de la COVID-19 à servir les membres les plus vulnérables de nos communautés.

N° D IDENTIFICATION Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.  
**0 1 0 1 7** RETENUES À LA SOURCE 26 x \_\_\_\_\_ \$ = **1** TOTAL \$

**3 PartenaireSanté** [partenairesante.ca](http://partenairesante.ca)  Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.

Diviser le montant auprès des 16 organismes \_\_\_\_\_ \$

et/ou à l'un ou plusieurs des organismes et fond spécial suivants:

Cœur + AVC _____ \$	Société Alzheimer du Canada _____ \$
Crohn et Colite Canada _____ \$	Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$
Diabète Canada _____ \$	Société canadienne de la SLA _____ \$
Dystrophie musculaire Canada _____ \$	Société canadienne de l'hémophilie _____ \$
Fibrose kystique Canada _____ \$	Société canadienne du cancer _____ \$
Fondation canadienne du foie _____ \$	Société de l'arthrite _____ \$
Fondation canadienne du rein _____ \$	Société Huntington du Canada _____ \$
L'Association pulmonaire _____ \$	Fonds de résilience pour la COVID-19 : pour favoriser le bien-être physique et mental des plus vulnérables _____ \$
Parkinson Canada _____ \$	

N° D IDENTIFICATION RETENUES À LA SOURCE 26 x \_\_\_\_\_ \$ = **3** 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 \$

**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 souhaite être reconnu comme donateur.

*Merci*

**JE SOUHAITE FAIRE MON DON DE LA FAÇON SUIVANTE**

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

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

N° de la carte \_\_\_\_\_ date d'expiration MM/AA \_\_\_\_\_

Signature

**MENSUEL** Don par carte de crédit de \_\_\_\_\_ \$ pour une période de 12 mois à compter du 15 janvier, totalisant → \_\_\_\_\_ \$

**PONCTUEL** Don par carte de crédit de la somme de → \_\_\_\_\_ \$

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

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

PRÉNOM _____	NOM _____	CIDP/MATR _____
--------------	-----------	-----------------

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

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

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

SIGNATURE \_\_\_\_\_

**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.

\* Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way Canada contexte de la CCMTGC ne sont utilisés ou divulgués que pour faciliter les dons, y compris l'émission de reçus à des fins fiscales. La communication de renseignements personnels est entièrement volontaire, mais un don peut ne pas être traité correctement si vous fournissez des renseignements insuffisants ou inexacts. Les personnes qui souhaitent consulter ou corriger leurs renseignements personnels peuvent communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée de Centraide. Les renseignements recueillis par les bureaux de paie aux fins de retenues sur la paie sont conservés dans le fichier de renseignements personnels POE 904. Les renseignements personnels recueillis dans le cadre de la CCMTGC seront protégés conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et aux politiques du gouvernement du Canada et seront conservés par Centraide comme l'exige l'ARC, puis éliminés de façon sécuritaire. Si vous croyez que des renseignements personnels ont été traités ou divulgués de façon inappropriée, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'agent de la protection de la vie privée de Centraide ou auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada.