



CANVASSER # ORGANIZATION DATE

MR. MRS. MS. DR. Rank/Other _____ Year of Birth _____ * Mandatory fields
 Name* _____ Contact me by Tel. Email Language preference* EN FR
First Middle Last
 Home address* _____ City* _____ Prov.* _____ Postal code* _____
 Personal phone number* _____ Professional phone number _____
Required for credit card donations Extension
 Email* _____ **YES, I want to stay informed and connected with the GCWCC community.**
Required for credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates **Don't forget to enter your email.**

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



1 My local United Way 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.

Building Strong And Healthy Communities _____ \$ _____
 Creating vibrant neighbourhoods, where everyone experiences a sense of belonging and connection to one another.

Local Love in a global crisis: Covid-19 Recovery fund _____ \$ _____
 Helping the most vulnerable people in our communities impacted by the crisis.

IDENTIFICATION # _____ Consult the GCWCC calendar for the list of codes.
 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 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

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

IDENTIFICATION # _____ 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 _____ \$ _____

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.

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

0 1 5 5 5

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^{me}. D^r. Grade/Autre _____

Année de naissance

--	--	--	--

* Champs obligatoires

Nom* _____
prénom second prénom nom

Communication Tél. Courriel Préférence linguistique* Angl Fr.

Adresse domiciliaire* _____

Ville* _____ Prov.* _____ Postal code* _____

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

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 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.

Bâtir des collectivités fortes et saines _____ \$
Créer des quartiers vivants, où tous éprouvent un sentiment d'appartenance et un attachement les uns envers les autres.

Ici avec Cœur en situation de crise mondiale: Fonds de relance COVID-19 _____ \$
Aider les personnes les plus vulnérables de nos communautés, fragilisées par la crise.

N° D IDENTIFICATION _____ Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.

REVENUES À LA SOURCE

--	--	--	--	--

 26 x _____ \$ = **1** TOTAL \$

3 PartenaireSanté 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 01555 REVENUES 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.

REVENUES 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

ORGANISME 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. REVENUES 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

REVENUES 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 **X** _____

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 → _____ \$

Autres formes de don: Pour savoir comment faire un don d'assurance-vie, d'action ou léguer des biens personnels, communiquer avec un représentant de votre Centraide local.

*** 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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>								

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

1 TOTAL \$ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>						2 TOTAL \$ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>						3 TOTAL \$ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>						4 TOTAL \$ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>					

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

X 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.

NTL20