

FORMULAIRE DE DON

I

CAMPAGNE DE CHARITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL DU GOUVERNEMENT DU CANADA (CCMTGC) | WWW.CCMTGC.ORG | 613-228-6700



Cette campagne est gérée conjointement par Centraide/United Way Ottawa et Centraide Outaouais

No DU SOLICITEUR

1 M. Mme Mlle Dr

NOM PRÉNOM INITIALES NOM DE FAMILLE

ADRESSE DOMICILE

VILLE PROV. CODE POSTAL

TÉL. ()

COURRIEL

DATE

PRÉFÉRENCE LINGUISTIQUE FRANÇAIS ANGLAIS

ÂGE -20 20-29 30-39 40-49 50-59 +60

Je quitterai mon milieu de travail et je tiens à continuer ma participation à la CCMTGC. Veuillez communiquer avec moi pour discuter de mes options.

La CCMTGC respecte la confidentialité. Les renseignements personnels ne sont communiqués à personne sans autorisation écrite, ou à moins d'être exigés par la loi. Visitez www.ccmtgc.org

2 VOICI COMMENT JE DÉSIRES RÉPARTIR MON DON

A No D'IDENTIFICATION AU VERSO DU CALENDRIER 0 1

CENTRAIDE/UNITED WAY OTTAWA CENTRAIDE OUTAOUAIS

CENTRAIDE/UNITED WAY de

CENTRAIDE distribuera mon don là où il aura le plus grand impact dans ma communauté \$

ET/OU J'aimerais que mon don vienne en aide aux :

| | |
|--|----|
| Individus et familles (besoins fondamentaux) | \$ |
| Enfants et jeunes | \$ |
| Aînés | \$ |
| Bâtir les capacités communautaires | \$ |
| Immigrants et nouveaux Canadiens | \$ |
| Personnes handicapées | \$ |

RETENUES À LA SOURCE 26 x \$ = A \$

B No D'IDENTIFICATION 0 1 5 5 5

PARTENAIRESANTÉ —
qui le distribuera à tous ses 16 membres \$

ET/OU J'aimerais que mon don vienne en aide à :

- Société Alzheimer du Canada
- Société de la SLA
- La Société d'Arthrite
- Société canadienne du cancer
- Fondation canadienne de la fibrose kystique
- Association canadienne du diabète
- Société canadienne de l'hémophilie
- Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin
- Fondation canadienne du foie
- Fondation des maladies du cœur du Canada
- Société Huntington du Canada
- La Fondation canadienne du rein
- L'Association pulmonaire
- Société canadienne de la sclérose en plaques
- Dystrophie musculaire Canada
- Société Parkinson Canada

RETENUES À LA SOURCE 26 x \$ = B \$

C AUTRE(S) ORGANISME(S) DE BIENFAISANCE ENREGISTRÉ(S) CANADIEN(S) (un don minimum de 20 \$ par organisme de bienfaisance) visitez arc.gc.ca pour une liste des organismes No D'IDENTIFICATION 0 1 0 0 1

Organisme **FONDATION DES SERVICES DE SANTÉ D'AYLMER** No D'ENREGISTREMENT/NE **888791662RR0001** \$

Organisme No D'ENREGISTREMENT/NE \$

RETENUES À LA SOURCE 26 x \$ = C \$

3 DON TOTAL A + B + C = \$

4 POUR LES DONNÉS DES CHEFS DE FILE SEULEMENT (dons de 1 000 \$ ou plus) Veuillez NE PAS inscrire mon nom au Tableau d'honneur des chefs de file.

5 MODE DE PAIEMENT

RETENUES À LA SOURCE \$

COMPTANT CHÈQUE CHÈQUE POSTDATÉ \$

CARTE DE CRÉDIT Visa MC Amex

Inscrivez votre numéro de téléphone à la section 1

DON MENSUEL par carte de crédit \$
Pendant 12 mois consécutifs à compter du 15 janvier.

DON PONCTUEL par carte de crédit \$

N° de carte date d'expiration mm/aa

SVP libeller le(s) chèque(s) à l'ordre de Centraide CCMTGC

DONS D'ACTIONS
Pour l'effectuer, téléphonez à Centraide/United Way Ottawa au 613-683-3800

VEUILLEZ M'ENVOYER UN COMPLÉMENT D'INFORMATION

Assurance-vie Actions Biens personnels

Merci

6 *REMP LISSEZ CETTE SECTION – NE PAS LA DÉTACHER. POUR RETENUE À LA SOURCE SEULEMENT. À ÊTRE TRAITÉ PAR VOTRE BUREAU DE LA PAYE.

NOM PRÉNOM INITIALES NOM DE FAMILLE

BUREAU DE PAYE CODE DU MINISTÈRE LISTE DE PAYE CIDP

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

A \$ B \$ C \$

0 1 0 1 5 5 5 0 1 0 0 1

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

NOTE : La case C comporte le même code que Centraide/United Way Ottawa parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

SIGNATURE DU DONATEUR DATE

*Les données ci-dessus servent aux fins d'autorisation des retenues à la source, d'affectation des dons et, le cas échéant, d'émission de reçus. Ces renseignements seront inscrits au fichier de renseignements personnels PSE 904.