



GIFT FORM/FORMULAIRE DE DON

Please ensure that the information above is accurate. **You may indicate any required changes directly on this form, but you MUST also advise your pension office at 1-800-561-7930 or 1-800-267-0350 for the CFSA pension office.**

Assurez-vous que les renseignements ci-dessus sont exacts. **Vous pouvez indiquer tout changement nécessaire directement sur ce formulaire, MAIS vous devez aussi aviser votre bureau des pensions au 1-800-561-7930 ou le bureau des pensions de la LPRFC au 1-800-267-0350.**

☐ Mr./M. ☐ Mrs./Mme ☐ Ms./Mlle ☐ Dr./Dr Rank/Rang _____ Retired from?/Retraité de? _____

Language preference/Langue de correspondance ☐ English ☐ Français Tel./tél. () _____ Email/courriel _____

This donation is made on behalf of:/Ce don est fait au nom d'une : ☐ an individual/personne ☐ a business/entreprise _____

1

☐ MY LOCAL UNITED WAY – As determined by my postal code
MON CENTRAIDE LOCAL – Déterminé par mon code postal

Distribute my gift where it will have the greatest impact
in my community/Veuillez distribuer mon don là où
il aura le plus grand impact dans ma communauté \$ \$

AND/OR Direct the following amount to:
ET/OU J'aimerais que mon don vienne en aide aux :

All That Kids Can Be/Réussite des jeunes \$ \$

Healthy People, Strong Communities/
Santé des gens et des communautés \$ \$

Poverty To Possibility/
Amélioration des conditions de vie \$ \$

AND/OR ET/OU

☐ OTHER UNITED WAY/AUTRE CENTRAIDE

PLEASE SPECIFY NAME/VEUILLEZ PRÉCISER LE NOM \$ \$

ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL 1 \$ TOTAL \$

2

iii HealthPartners
PartenaireSanté

I WANT TO SAVE LIVES AND HELP FIGHT DISEASE IN MY COMMUNITY
JE VEUX SAUVER DES VIES ET AIDER À LUTTER CONTRE LA MALADIE
DANS MA COMMUNAUTÉ

☐ Alzheimer Society Canada/Société Alzheimer du Canada \$ \$

☐ ALS Canada/SLA Canada \$ \$

☐ The Arthritis Society/La Société de l'arthrite \$ \$

☐ Canadian Cancer Society/Société canadienne du cancer \$ \$

☐ Canadian Diabetes Association/Association canadienne du diabète \$ \$

☐ Canadian Hemophilia Society/Société canadienne de l'hémophilie \$ \$

☐ Canadian Liver Foundation/Fondation canadienne du foie \$ \$

☐ Crohn's and Colitis Canada/Crohn et Colite Canada \$ \$

☐ Cystic Fibrosis Canada/Fibrose kystique Canada \$ \$

☐ Heart and Stroke Foundation/
Fondation des maladies du coeur \$ \$

☐ Huntington Society of Canada/Société Huntington du Canada \$ \$

☐ The Kidney Foundation of Canada/
La Fondation canadienne du rein \$ \$

☐ The Lung Association/L'Association pulmonaire \$ \$

☐ Multiple Sclerosis Society of Canada/
Société canadienne de la sclérose en plaques \$ \$

☐ Muscular Dystrophy Canada/Dystrophie musculaire Canada \$ \$

☐ Parkinson Canada/Parkinson Canada \$ \$

AND/OR ET/OU

☐ HEALTHPARTNERS/PARTENAIRE SANTÉ to be shared
with all 16 above/à partager avec les 16 ci-dessus \$ \$

ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL 2 \$ TOTAL \$

3

OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES/AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS

Minimum \$26 per gift per charity/Don minimum de 26 \$ par don par organisme Visit cra.gc.ca for a listing of charities./Consultez arc.gc.ca pour une liste des organismes.

NAME OF ORGANIZATION/NOM DE L'ORGANISME \$ \$

BN/REGISTRATION #/N° D'ENREGISTREMENT/NE \$ \$

ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL 3 \$ TOTAL \$

TOTAL GIFT/DON TOTAL 1 + 2 + 3 = \$ TOTAL \$

FOR LEADERSHIP GIFTS (\$1,000+) ☐ PLEASE DO NOT publish my name in the Leadership Honour Roll
Pour les DONNS DE CHEF DE FILE (1 000 \$ et plus) ☐ SVP JE NE VEUX PAS que mon nom figure au tableau d'honneur des chefs de file

THIS IS HOW I WANT TO MAKE MY DONATION/VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON

PENSION CHEQUE DEDUCTION/RETENUE SUR MES REVENUS DE PENSION

☐ (10 X) = ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL

These deductions will continue for 10 consecutive months beginning in Mar./Ces retenues à la source auront une durée de dix mois consécutifs et débiteront en mars.

CREDIT CARD/CARTE DE CRÉDIT

☐ MONTHLY* credit card gift: () beginning on the 15th of the month = ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL

DON MENSUEL* par carte de crédit au montant de \$ à compter du 15^e jour du mois pour un montant total de \$

* A minimum gift of \$10/month is required for this option. See back of form for details./Un don minimum de 10 \$ par mois est requis pour cette option. Voir au dos de ce formulaire pour en savoir plus.

☐ ONE-TIME credit card gift in the amount of \$ /DON UNIQUE par carte de crédit d'un montant de \$

☐ Visa ☐ MC ☐ Amex You must include your telephone number and email in address section at the top of this form.

Vous devez inclure votre numéro de téléphone et votre courriel dans la section portant sur les coordonnées au haut du présent formulaire.

Card #/N° de carte Expiry Date/Date d'expiration MM/YY MM/AA

DIRECT WITHDRAWAL*/PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTORISÉ*

☐ MONTHLY* direct withdrawal: () beginning on 15th of the month = ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL

DON MENSUEL* par prélèvement bancaire autorisé d'un montant de \$ à compter du 15^e jour du mois pour un montant total de \$

(attach void cheque/joindre un chèque annulé)

* A minimum gift of \$10/month is required for this option. See back of form for details./Un don minimum de 10 \$ par mois est requis pour cette option. Voir au dos de ce formulaire pour en savoir plus.

CHEQUE/CHÈQUE (Enclosed/Ci-joint)

☐ ONE-TIME cheque payable to United Way-GCWCC/Chèque pour DON UNIQUE établi à l'ordre de Centraide-CCMTGC

Signature X Date MM | DJ | YYAA



UNITED WAY/CENTRAIDE

United Way/Centraide is about building strong, healthy and safe communities for everyone. With your support and the help of volunteers, the organization brings people together to help find solutions that address short- and long-term needs in your community. By giving to United Way/Centraide, you can be certain that your gift will be invested where it is needed most and will have the greatest impact in your community. For more information on supported programs, projects, initiatives and partnerships in your area, contact your local United Way/Centraide.

HEALTHPARTNERS/PARTENAIRESANTÉ

87% of Canadians will likely be affected by a major illness like cancer, heart disease, or diabetes in their lifetime, which is why your continued support of our 16 leading health charities is so important. Your donations have a direct impact in the community through support programs for those who need them, and are invested in critical research to develop treatments, cures and early diagnostic tools. To learn more, visit www.healthpartners.ca.

ANY OTHER REGISTERED CANADIAN CHARITY

Don't forget that the GCWCC allows you to consolidate your charitable donations and designate them to any other registered Canadian charity of your choosing. Visit cra.gc.ca for a listing of charities.

We're making every dollar count, so **thank you for putting a stamp on the return envelope.**



Please mail this completed form to:

GCWCC Retirees, 363 Coventry Road, Ottawa, ON K1K 2C5
A self-addressed envelope is enclosed for your convenience.

Receipts issued for gifts of \$20 or more.

Please note:

- The Government of Canada Workplace Charitable Campaign (GCWCC) is managed by **UNITED WAY/CENTRAIDE** on behalf of the Treasury Board of Canada Secretariat, with the campaign's primary recipients being UNITED WAY/CENTRAIDE and HEALTHPARTNERS/PARTENAIRESANTÉ.
- Participation in the GCWCC is entirely voluntary.
- This mailing is being carried out by Public Works and Government Services Canada (PWGSC) for GCWCC, with the approval of the Treasury Board, the Canadian Armed Forces, the RCMP and the Public Service.
- Donor confidentiality is of paramount importance to UNITED WAY/CENTRAIDE and is stipulated in UNITED WAY/CENTRAIDE'S Statement of Principles of Donor's Rights. The information provided to GCWCC will therefore be kept strictly confidential and will be used only for the purposes of initiating deductions and issuing income tax receipts. Your pension number will only be used by your pension administrator if you are making your donation through pension deductions.
- If you would like your name and the amount of your donation shared with the organization(s) to whom you directed your gift, please provide separate written authorization and return it with your gift form. Please note if you choose to do this, the privacy policies of these respective organizations will apply.

FOR MONTHLY DEBIT AND/OR MONTHLY CREDIT CARD DONATIONS ONLY:
This deduction will continue until United Way Ottawa is notified of any changes — please allow 30 days for requested changes to be implemented. For additional information on your cancellation and recourse rights for your pre-authorized debit, please contact your financial institution or visit www.cdnpay.ca. All monthly donations made in a calendar year will be acknowledged with a consolidated income tax receipt.

If you have questions about this fundraising campaign, please contact us at **1-877-379-6070**.

CENTRAIDE/UNITED WAY

Centraide/United Way a pour mandat de bâtir des communautés fortes, saines et sécuritaires pour tous. Avec votre soutien et l'aide de bénévoles, l'organisation rassemble les gens afin d'aider à trouver des solutions aux besoins, à court et à long terme, de votre communauté. En donnant à Centraide/United Way, vous pouvez être certain que votre don sera investi là où le besoin se fait le plus sentir et où exercera le plus grand impact dans votre communauté. Pour plus d'information au sujet des programmes, projets, initiatives et partenariats appuyés par Centraide/United Way dans votre communauté, veuillez contacter votre Centraide/United Way local.

PARTENAIRESANTÉ/HEALTHPARTNERS

On estime que 87 % des Canadiens seront atteints de maladie grave comme le cancer, le diabète ou une maladie du cœur. C'est pourquoi votre appui constant à nos 16 organismes de bienfaisance est si important. Vos dons aident à mettre sur pied des programmes de soutien pour les personnes de votre collectivité et à financer la recherche pour mettre au point des traitements, des remèdes et des outils de diagnostic précoce. Pour en savoir plus, visitez le www.partenairesante.ca.

AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS

N'oubliez pas que la CCMTGC vous permet de consolider vos dons et de désigner tout autre organisme de bienfaisance enregistré canadien de votre choix comme bénéficiaire. Visitez arc.gc.ca pour une liste des organismes de bienfaisance.

Comme nous utilisons au maximum chaque dollar, **nous vous remercions à l'avance de bien vouloir affranchir l'enveloppe-réponse.**

Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Retraités de la CCMTGC, 363, chemin Coventry, Ottawa (Ontario) K1K 2C5.
Nous avons joint une enveloppe-réponse pour vous faciliter la tâche.

Un reçu sera émis pour tous les dons de 20 \$ ou plus.

Remarque :

- La Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada (CCMTGC) est gérée par **CENTRAIDE/UNITED WAY** au nom du Secrétariat du Conseil du Trésor. Les principaux bénéficiaires de la campagne sont CENTRAIDE/UNITED WAY et PARTENAIRESANTÉ/HEALTHPARTNERS.
- La participation à la CCMTGC est entièrement volontaire.
- Cet envoi postal est effectué par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) pour la CCMTGC, avec l'approbation du Conseil du Trésor, des Forces armées canadiennes, de la GRC et de la fonction publique.
- La protection des renseignements personnels des donateurs est d'une importance capitale pour CENTRAIDE/UNITED WAY et est inscrite dans sa Déclaration de principes concernant les droits des donateurs. Les renseignements fournis à la CCMTGC seront utilisés uniquement pour le traitement des retenues sur les revenus de pension et pour l'émission des reçus aux fins de l'impôt. Votre numéro de pension sera utilisé seulement par l'administrateur de votre régime de pension si vous effectuez votre don au moyen de retenues sur les revenus de pension.
- Si vous souhaitez que votre nom et le montant de votre don soient transmis à (aux) l'organisme(s) bénéficiaire(s), veuillez joindre une autorisation écrite à votre formulaire. Veuillez noter que, dans ce cas, la politique de confidentialité des organismes indigués s'appliquera.

POUR DONS MENSUELS PAR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE OU CARTE DE CRÉDIT SEULEMENT :
Cette déduction mensuelle se poursuivra jusqu'à ce que Centraide Ottawa soit avisé de changements de votre part (veuillez allouer 30 jours pour que tout changement entre en vigueur). Pour en savoir plus sur les droits d'annulation et de recours concernant votre prélèvement bancaire, veuillez communiquer avec votre banque ou consulter www.cdnpay.ca. Tous les versements mensuels d'une même année financière feront l'objet d'un reçu global émis à la fin de l'année.

Si vous avez d'autres questions à propos de la campagne, n'hésitez pas à communiquer avec nous au **1-877-379-6070**.