



Government of Canada
Gouvernement du Canada

Return address (address in Word doc)



Member's name (D & E) ①

Member's address (F,G,H,I,J,K,L) ②

③ Pension # - 9 digits (A)
④ Constituent # - up to 7 digits (B)
⑤ United Way Code - up to 5 digits (C)

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 should also advise your pension office at 1-800-561-7930.

Veuillez vous assurer que les renseignements ci-dessus sont exacts. Vous pouvez indiquer tout changement requis directement sur ce formulaire, mais vous devriez en aviser votre bureau des pensions au 1-800-561-7930.

☐ Mr./M. ☐ Mrs./Mme ☐ Dr./Dr Rank/Rang _____ Retired from?/Retraité de? _____
Language preference/Langue de correspondance ☐ English ☐ Français Tel./tél. () _____ DEPARTMENT/AGENCY - MINISTÈRE/AGENCE
Email/courriel _____
This donation is made on behalf of/Ce don est fait au nom d'une : ☐ an individual/personne ☐ a business/entreprise _____ PLEASE SPECIFY/VEUILLEZ PRÉCISER _____

1 United Way Centraide <input type="checkbox"/> 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 l'effet le plus palpable 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 <input type="checkbox"/> 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 JE SOUHAITE SAUVER DES VIES ET ÉRADICHER DES MALADIES <input type="checkbox"/> Alzheimer Society Canada/Société Alzheimer du Canada \$ _____ <input type="checkbox"/> ALS Canada/SLA Canada \$ _____ <input type="checkbox"/> The Arthritis Society/La Société de l'arthrite \$ _____ <input type="checkbox"/> Canadian Cancer Society/Société canadienne du cancer \$ _____ <input type="checkbox"/> Canadian Diabetes Association/Association canadienne du diabète \$ _____ <input type="checkbox"/> Canadian Hemophilia Society/Société canadienne de l'hémophilie \$ _____ <input type="checkbox"/> Canadian Liver Foundation/Fondation canadienne du foie \$ _____ <input type="checkbox"/> Crohn's and Colitis Canada/Crohn et Colite Canada \$ _____ <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis Canada/Fibrose kystique Canada \$ _____ <input type="checkbox"/> Heart and Stroke Foundation/ Fondation des maladies du cœur \$ _____ <input type="checkbox"/> Huntington Society of Canada/Société Huntington du Canada \$ _____ <input type="checkbox"/> The Kidney Foundation of Canada/ La Fondation canadienne du rein \$ _____ <input type="checkbox"/> The Lung Association/L'Association pulmonaire \$ _____ <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis Society of Canada/ Société canadienne de la sclérose en plaques \$ _____ <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy Canada/Dystrophie musculaire Canada \$ _____ <input type="checkbox"/> Parkinson Society Canada/Société Parkinson Canada \$ _____ AND/OR ET/OU <input type="checkbox"/> HEALTHPARTNERS/PARTENAIRESANTÉ 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 \$	ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL 1 + 2 + 3 = \$ TOTAL \$

FOR LEADERSHIP GIFTS (\$1,000 and +) ☐ PLEASE DO NOT publish my name in the Leadership Honour Roll
Pour les DONs DE CHEFS 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/REVENUES SUR CHÈQUE DE PENSION <input type="checkbox"/> (12 X _____) = _____ ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL The deadline for monthly pension deductions is November 30./La date limite de participation aux retenues mensuelles sur la pension est le 30 novembre. These deductions will continue for 12 consecutive months beginning in Jan./Ces retenues se feront pendant douze mois consécutifs et débuteront en janvier.	
CREDIT CARD/CARTE DE CRÉDIT <input type="checkbox"/> MONTHLY* credit card gift: (12 X _____) beginning on January 15 = _____ ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL DON MENSUEL* par carte de crédit au montant de _____ \$ X 12 à compter du 15 janvier pour un montant total de _____ \$ * A minimum gift of \$10/month is required for this option. See back of form for details./Un don minimal de 10 \$ par mois est requis pour cette option. Voir au dos de ce formulaire pour en savoir plus. <input type="checkbox"/> ONE-TIME credit card gift in the amount of \$ _____ /DON PONCTUEL par carte de crédit d'un montant de _____ \$ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Amex Include your telephone number and email in address section at the top of this form. Inscrivez votre numéro de téléphone et courriel dans la section de l'adresse au haut de ce formulaire. Card #/N° de la carte _____ Expiry Date/Date d'expiration _____ MM/YY MM/AA	
DIRECT WITHDRAWAL*/PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTORISÉ* <input type="checkbox"/> MONTHLY* direct withdrawal: (12 X _____) beginning on January 15 = _____ ANNUAL TOTAL/TOTAL ANNUEL DON MENSUEL* par prélèvement bancaire autorisé d'un montant de _____ \$ X 12 à compter du 15 janvier 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 minimal de 10 \$ par mois est requis pour cette option. Voir au dos de ce formulaire pour en savoir plus.	
CHEQUE/CHÈQUE (Enclosed/Ci-joint) <input type="checkbox"/> ONE-TIME cheque payable to United Way-GCWCC/Chèque pour DON PONCTUEL établi à l'ordre de Centraide-CCMTGC	
Signature X _____	Date MM YY YYYY

For information or to make another type of donation, call/Pour des renseignements ou pour faire un autre type de don, appelez le 1-877-379-6070



This campaign is managed by United Way/Centraide
Cette campagne est gérée par Centraide/United Way

Questions about fundraising costs? Contact your local United Way./Des questions sur les coûts? Contactez votre Centraide local.

15GCR-A

www.gcwcc-ccmtgc.org

Thank you/Merci

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 those you love will likely be affected by major illnesses like cancer, heart disease, diabetes and others. For 25 years, HealthPartners and its 16 leading Canadian health charities helped develop treatments, cures and early diagnostic tools. Thank you for being there every step of the way. Please continue to help us fund critical research, support programs, education and prevention through the Government of Canada Workplace Charitable Campaign (GCWCC). Every donation to HealthPartners is a direct donation to the well-being of your workplace ... your family ... your community ... and you.

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 pour 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 il aura l'effet le plus palpable dans votre communauté.

Pour plus d'information au sujet des programmes, projets, initiatives et partenariats appuyés par Centraide/United Way dans votre communauté, veuillez communiquer avec votre Centraide/United Way local.

PARTENAIRESANTÉ/HEALTHPARTNERS

Saviez-vous que 87 % des membres de votre entourage sont susceptibles d'être touchés par un cancer, une maladie cardiaque, le diabète ou toute autre maladie grave? Depuis 25 ans, PartenairesSanté et ses 16 plus importants organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé aident au développement de traitements, de remèdes et d'outils de diagnostic précoce. Nous avons toujours pu compter sur votre indéfectible appui et nous vous en sommes reconnaissants! C'est pourquoi nous vous demandons de continuer à financer la recherche, les programmes de soutien, d'éducation et de prévention par le biais de la Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada (CCMTGC). Donner à PartenairesSanté, c'est contribuer financièrement au bien-être de vos collègues, de vos proches, des membres de votre communauté et, bien sûr, au vôtre.

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 indiqués s'appliquera.

POUR DONN 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.