



DEPARTMENT / UNIT

The GCWCC is managed by United Way / Centraide
*Mandatory fields

MR. MRS. MS. DR. Rank / Other _____ Year of Birth Y DATE Y M D

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 _____ 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)



United Way of Central New Brunswick

iii HealthPartners PartenaireSanté

1 YES, I agree to receive communications from your local United Way.

United Way Community Fund: Invest my dollars in evaluated high impact programming \$ _____

Poverty: Hunger, Employment Skills, Literacy \$ _____

Kids: Positive Self-Empowerment, Recreation, and Academic Supports \$ _____

Communities: Disabilities, Sexual Violence, Newcomers, and Mental Health \$ _____

Housing First: A Homelessness Reduction Strategy with Supports for Success \$ _____

My local United Way COVID-19 Recovery Fund – helping those most impacted in your communities \$ _____

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.
 01016 PAY ALLOTMENT 12 x \$ _____ = **1** \$ TOTAL

2 OTHER UNITED WAY of _____ \$ _____

IDENTIFICATION # Consult the GCWCC calendar for the list of codes.
 _____ PAY ALLOTMENT 12 x \$ _____ = **2** \$ TOTAL

3 HealthPartners YES, I agree to receive communications from HealthPartners.
 healthpartners.ca

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 # PAY ALLOTMENT 12 x \$ _____ = **3** \$ TOTAL
 01555

4 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES – Minimum \$20 per gift per charity. Visit canada.ca/charities-list

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

_____ \$ _____

_____ \$ _____

IDENTIFICATION # 01016 Box 4 has the same code as your local United Way because it processes and distributes these gifts to the other registered charities. PAY ALLOTMENT 12 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:

PAY ALLOTMENT* PLEASE COMPLETE A CF-77 FORM TO ACTION THIS REQUEST. – Gifts by Pay Allotment will be on your T4. \$ _____

CASH **CHEQUE** **POST-DATED CHEQUE(S)** Make cheques payable to your local United Way. \$ _____

CREDIT CARD OR DEBIT Visit www.unitedwaycentral.com/donate-now/ to make a secure donation (please include employer name and department in the comment section) or call (506) 459-7773 for assistance. \$ _____

*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.

J'y crois
Je donne
C'est important



Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

DÉPARTEMENT / UNITÉ _____

La CCMTGC est gérée par Centraide / United Way

* Champs obligatoires

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

Année de naissance

Y			

 Date

A	M	J	

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.

DISTRIBUTION DU DON - Choisir 1,2,3 ou 4 (ou une combinaison de chaque)



Centraide région du centre du Nouveau-Brunswick

iii PartenaireSanté HealthPartners

1 Oui, j'accepte de recevoir des communications de Centraide.

Fonds communautaire de Centraide – Investir mon don là où les besoins sont les plus grands _____ \$

Pauvreté – Assurer la sécurité alimentaire, l'alphabétisation et faciliter le développement des compétences professionnelles _____ \$

Enfants – Stimuler le développement des enfants et encourager la persévérance scolaire _____ \$

Communautés – Favoriser l'inclusion des personnes handicapées, soutenir l'intégration des nouveaux arrivants et aider le maintien de la santé mentale _____ \$

Logement d'abord – Réduire l'itinérance et mettre en place des mesures de soutien à la réussite _____ \$

Fonds de rétablissement COVID-19 de mon Centraide local – aider les personnes les plus touchées dans vos communautés _____ \$

N° D'IDENTIFICATION Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.
0 1 0 1 6 ALLOCATION DE PAIE 12 x _____ \$ = **1** TOTAL \$

3 PartenaireSanté Oui, j'accepte de recevoir des communications de PartenaireSanté.
partenairesante.ca

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 ALLOCATION DE PAIE 12 x _____ \$ = **3** TOTAL \$

2 AUTRE CENTRAIDE de _____ \$

N° D'IDENTIFICATION Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.
ALLOCATION DE PAIE 12 x _____ \$ = **2** TOTAL \$

4 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS – Don minimum de 20 \$ par organisme. Consultez canada.ca/organismes-bienfaisance-liste

_____ ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant	_____ N° D'ENREGISTREMENT/NE	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 0 1 6 ALLOCATION DE PAIE 12 x _____ \$ = **4** TOTAL \$

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.

DON TOTAL **1** + **2** + **3** + **4** = TOTAL \$

DONS DE 500 \$ ET + Je souhaite être reconnu comme donateur.

Merci

VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON :

DÉLÉGATION DE SOLDE* VEUILLEZ REMPLIR UN FORMULAIRE CF-77 POUR DONNER SUITE À CETTE DEMANDE. — Les dons par délégation de solde figureront sur votre T4. _____ \$

COMPTANT **CHÈQUE** **CHÈQUE(S) POSTDATÉ(S)** SVP libellez vos chèques à l'ordre de votre Centraide local. _____ \$

CARTE DE CRÉDIT OU DÉBIT Consulter www.unitedwaycentral.com/fr/donner/ pour faire un don en ligne en toute sécurité (assurez-vous d'indiquer votre employeur et votre service dans la section commentaires) ou appelez (506) 459-7773 pour obtenir de l'aide. _____ \$

* Les renseignements personnels recueillis par Centraide United Way Canada en 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.