



DEPARTMENT / UNIT _____

DATE / /

MR. MRS. MS. DR. Rank / Other _____ Year of Birth / / *Mandatory fields

NAME _____ Contact me by Tel. Email Language Preference* EN FR

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. Don't forget to enter your email.

Required for credit card donations, electronic tax receipt and/or to receive campaign updates

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



United Way of Central New Brunswick

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.
0 1 0 1 6 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

**iii HealthPartners
PartenaireSanté**

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 # PAYROLL DEDUCTIONS **26** X \$ _____ = **3** \$ TOTAL
 01555

4 OTHER CANADIAN REGISTERED CHARITIES – Minimum \$26 per gift per charity. Visit canada.ca/charities-list

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

IDENTIFICATION # **0 1 0 1 6** 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

PAYROLL DEDUCTION* – GIFTS BY PAYROLL DEDUCTION WILL BE RECORDED 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. \$ _____

***FILL OUT THIS SECTION IF GIVING THROUGH PAYROLL DEDUCTION** ATTENTION: Campaign Volunteers Once detached forward immediately to payroll office.

NAME FIRST _____ LAST _____ PRI/REG _____

INDICATE HERE HOW YOU DISTRIBUTED YOUR PAYROLL GIFT ABOVE. I authorize the deduction of \$ _____ X 26 pay periods, for a total gift of \$ TOTAL

1 \$ TOTAL **2** \$ TOTAL **3** \$ TOTAL **4** \$ TOTAL
 0 1 0 1 6 0 1 0 1 6 0 1 5 5 5 0 1 0 1 6

NOTE: Box 4 has the same code as your local United Way because it processes and distributes these gifts to the other registered charities.

DONOR'S SIGNATURE _____ DATE _____

* 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.

DÉPARTEMENT / UNITÉ _____

DATE _____ A _____ M _____ J _____

M. M^{me} D^r Grade/Autre _____ Année de naissance _____ Y _____ * Champs obligatoires

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* _____ Oui, je désire recevoir des nouvelles au sujet de la CCMTGC. N'oubliez pas d'inscrire votre 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

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

Centraide région du centre du Nouveau-Brunswick

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 RETENUES À LA SOURCE 26 x _____ \$ = **1** TOTAL \$

2 AUTRE CENTRAIDE de _____ \$

N° D'IDENTIFICATION Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.
_____ RETENUES À LA SOURCE 26 x _____ \$ = **2** TOTAL \$

iii PartenaireSanté HealthPartners

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 RETENUES À LA SOURCE 26 x _____ \$ = **3** 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 0 1 0 1 6 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. RETENUES 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

VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON

RETENUES À LA SOURCE* – LES DONS PAR RETENUES À LA SOURCE APPARAÎTRONT SUR VOTRE REÇU 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. _____ \$

***REPLIR CETTE SECTION SI VOUS A VEZ CHOISI LES RETENUES À LA SOURCE** ATTENTION bénévoles de campagne : Lorsque cette section est détachée, envoyez-la à votre service de paie. _____

NAME PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____ CIDP/MATR _____

INDIQUEZ ICI COMMENT RÉPARTIR VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE. J'autorise une retenue de _____ \$ X 26 périodes de paie, pour un don total de _____ \$

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

0 1 0 1 6 0 1 _____ 0 1 5 5 5 0 1 0 1 6

N.B. : 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. SIGNATURE DU DONATEUR _____ DATE _____ A _____ M _____ J _____

* 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.