



Centraide
Est de l'Ontario

À L'OEUVRE DANS LES COMTÉS UNIS DE
PRESCOTT ET RUSSELL, OTTAWA ET LES
COMTÉS DE LANARK ET DE RENFREW

363, Chemin Coventry
Ottawa, ON K1K 2C5
613.228.6767
CentraideEO.ca

100% LOCAL

Les fonds amassés localement
sont affectés ainsi.

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. M^{me} DR.

Nom _____

Adresse domiciliaire _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

N° de téléphone _____

Courriel Personnel Au travail _____

Employeur _____

N° d'employé _____

Date de naissance | | | | | A | | | | | M | | | | | J | | | | |

OUI, veuillez souligner mon don à Centraide dans le tableau d'honneur annuel.

Partagez mon nom et le montant de mon don avec le ou les organismes susmentionnés.

19CCGEN

2 OPTIONS DE PAIEMENT

VEUILLEZ ACCEPTER MON DON DE : _____ \$

RETENUES À LA SOURCE

Veuillez déduire _____ \$ X _____ = TOTAL ANNUEL \$
MONTANT NOMBRE DE PÉRIODES DE PAIE

Veuillez renouveler automatiquement mon don chaque année.

Veuillez accepter l'argent ou le chèque libellé à l'ordre de Centraide Est de l'Ontario ci-joint.

VEUILLEZ DÉBITER MA CARTE DE CRÉDIT

Je souhaite faire un don mensuel récurrent de _____ \$.
le 15^e jour de chaque mois.*

Je souhaite faire un don ponctuel de _____ \$.

Visa Amex MasterCard

N° DE LA CARTE _____

DATE D'EXPIRATION (MM/AA) _____

SIGNATURE _____

3 VOICI COMMENT J'AIDERAİ MA COMMUNAUTÉ

Centraide, veuillez investir mon don là où le besoin se fait ressentir le plus et là où il aura l'effet le plus palpable.

Et/ou veuillez cibler ces domaines :

Aider des jeunes itinérants à se trouver un logement sécuritaire et stable _____ \$

Aider des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale _____ \$

Aider les jeunes qui vivent dans la pauvreté à avoir un endroit sécuritaire où aller après l'école _____ \$

Aider les personnes âgées vulnérables à vivre une vie saine et indépendante _____ \$

Je veux remettre une partie de mon don à un autre organisme de bienfaisance canadien enregistré : _____ \$
Un don minimal de 26 \$ est requis pour cette option.

Nom exact de l'organisme de bienfaisance : _____

No d'enregistrement de l'organisme de bienfaisance (NE) : _____

Je souhaite changer les choses par l'entremise de Elles Centraide, une initiative philanthropique féminine qui trouve des solutions communautaires pour améliorer des vies. _____ \$

Je veux remettre mon argent au Centraide Outaouais

AUTRES OPTIONS DE DON : Pour un complément d'information sur les dons de titres, d'assurance vie et les legs par l'entremise de votre testament, veuillez communiquer avec nous par téléphone au 613.228.6767, ou consultez notre site Web à CentraideEO.ca/faire-un-don. Centraide Est de l'Ontario a également une initiative philanthropique féminine intitulée Elles Centraide. Pour un complément d'information, consultez le site Web CentraideEO.ca/Elles-Centraide.

Commanditaires communautaires

2KEYS
CORPORATION

CALIAN

ATTENTION

DONATEUR : Si vous avez opté pour les dons par retenue à la source, veuillez remplir cette partie.

COORDONATEUR DE CAMPAGNE : Veuillez détacher cette partie et la remettre à votre bureau de paie.

NOM _____

EMPLOYEUR _____ N° D'EMPLOYÉ _____

DÉPARTEMENT / MINISTÈRE _____

Veuillez renouveler automatiquement mon don chaque année.

J'autorise mon employeur à déduire _____ \$ X _____ périodes de paie, pour un don total de _____ \$
(Le montant devrait être équivalent au DON TOTAL ci-dessus)

X

Signature du donateur _____

Date _____

Un reçu officiel aux fins de l'impôt sera automatiquement émis pour les dons de 20 \$ ou plus. Centraide Est de l'Ontario s'engage à respecter la confidentialité de ses donateurs. Les renseignements personnels ne seront pas partagés sans le consentement du donateur, sauf si la loi l'exige. Consultez CentraideEO.ca/confidentialite. *Pour les dons mensuels récurrents : Centraide Est de l'Ontario continuera d'effectuer les déductions jusqu'à ce qu'il soit informé d'un changement à l'effet contraire. Un reçu aux fins de l'impôt sera remis pour tous les dons mensuels effectués dans une même année civile.