



1) Renseignements personnels

M. Mme Dre Mx

Nom _____

Adresse domiciliaire _____

Ville _____ Prov. _____

Code postal _____ N° de téléphone _____

Courriel : Personnel Au travail _____

Employeur _____

N° d'employé-e _____

Date de naissance

		A			M			J	
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

OUI, je souhaite être reconnu à titre de donateur ou de donatrice de leadership dans le Tableau d'honneur annuel. Veuillez utiliser le(s) nom(s) suivant(s) : _____

2) Options de paiement

Veuillez accepter mon don de _____ \$

Choisissez l'option de paiement ci-dessous :

Je souhaite faire un don par retenues à la source

Veuillez déduire

_____ \$ X _____ = _____ \$
MOUTANT 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 de l'Est de l'Ontario ci-joint.

Carte de crédit Visa Amex Mastercard

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

Je souhaite faire un don ponctuel de _____ \$.

Nom sur la carte _____

N° de la carte _____

Date d'expiration

	M		M		A		A
--	---	--	---	--	---	--	---

 Signature _____

3) Voici comment j'aiderai ma communauté

Centraide, je veux investir mon don là où le besoin se fait ressentir le plus et il aura l'effet le plus palpable. Votre don appuie les trois domaines ciblés ci-dessous en relevant les défis les plus importants de notre région.

Réussite des jeunes

_____ \$

Votre don :

- améliore les programmes d'été, parascolaire et d'apprentissage préscolaire pour les jeunes vulnérables;
- permet aux parents et à leurs enfants d'obtenir du counseling en santé mentale et en dépendance;
- offre des services de soutien éducatifs, personnels et en matière d'emploi aux jeunes et aux familles vivant dans l'itinérance.

Amélioration des conditions de vie

_____ \$

Votre don :

- appuie les programmes en matière d'emploi pour les Autochtones, les jeunes sous représentés, les personnes en situation de handicap et les gens nouvellement arrivés au pays;
- aide les personnes à mettre fin au cycle de la pauvreté en leur permettant d'acquérir des compétences comme la planification fiscale et la littératie financière;
- permet aux personnes vulnérables de combler leurs besoins de base, comme les aliments nutritifs et les services publics.

Santé des gens et des communautés

_____ \$

Votre don :

- permet aux personnes âgées isolées de participer aux programmes offerts à distance et en personne, ainsi qu'aux services de soutien pour proches aidants;
- améliore les ressources en matière de santé mentale créées pour et par les communautés servies, y compris les Autochtones, les personnes des communautés africaines, antillaises et noires, ainsi que les autres populations racialisées, les membres de la communauté 2SLGBTQ+ et les personnes vivant en milieu rural;
- offre plus d'occasions de counseling pour les personnes en situation de crise, souffrant de dépendance et victimes de violence sexospécifique.

Elles Centraide de l'Est de l'Ontario _____ \$

En faisant un don à Elles Centraide, vous aidez le mouvement à adresser la violence sexospécifique, à habiliter les femmes en matière de leadership, à faire en sorte que les mères et leurs enfants ont les outils pour réussir, et à bâtir une reprise économique équitable. Apprenez-en plus sur nos niveaux d'adhésion et leurs avantages à CentraideEO.ca/engagement/elles-centraide.

GenNext de l'Est de l'Ontario _____ \$

Santé mentale. Itinérance juvénile. Diversité et inclusion. Emplois équitables. Nous préconisons le changement dans ces domaines, nous nous rassemblons pour les appuyer et finalement, nous adressons les enjeux les plus importants dans notre région. Apprenez-en plus sur notre mouvement à effet positif social à GenNextEO.ca/fr

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.

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 _____

N° d'enregistrement de l'organisme de bienfaisance (NE) : _____

ATTENTION

DONATEUR / DONATRICE : Si vous avez opté pour les dons par retenues 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-e _____

Département / Ministère _____

Veuillez renouveler automatiquement mon don chaque année.

J'autorise mon employeur à déduire

_____ \$ X _____ = _____ \$

(le montant devrait être équivalent au DON TOTAL ci-dessus)

Signature du donateur/de la donatrice _____ Date _____