



United Way
Serving Saint John,
Kings and Charlotte
Change starts here.

Thank you for your support!

61 Union Street, 2nd Floor
 Saint John, NB E2L 1A2
 Email: sj.unitedway@nb.aibn.com
 Website: www.unitedwaysaintjohn.com

Tel: (506) 658-1212
 Fax: (506) 633-7724
 Charitable Registration #:
 11927 8190 RR0001

DONOR INFORMATION



Employer _____
 Name _____
 Email Address _____
 Home Address _____
 City _____ Province _____ Postal Code _____
 Telephone (Home) _____ Telephone (Business) _____

Donor Recognition

We recognize our donors. Please let us know how you would like your name (and your spouse/partner, if applicable) to appear in United Way's Leadership Honour Roll for gifts of \$1000 or more:

Please ensure my gift remains anonymous.

METHOD OF PAYMENT



Payroll Deduction \$ _____ Per Pay x _____ # of Pay Periods = \$ _____ Total Pledge

Cash \$ _____ Total Gift

Cheque \$ _____ Total Gift

Credit Card \$ _____ Total Gift

Visa Master Card American Express

Credit Card # _____ Expiration Date _____

Bill my Credit Card Once

Monthly in the amount of \$ _____ for 12 consecutive months beginning in January.

Signature _____ Telephone _____

Direct Debit: To set up direct debit, please contact our office at (506) 658-1212.

Securities/Share Options: We accept gifts of securities (stocks, bonds, etc). For information, please contact our office at (506) 658-1212.

Tax receipts are issued for gifts of \$20 or more.

GIFT DISTRIBUTION (OPTIONAL)



I want my donation to be distributed by the United Way serving Saint John, Kings and Charlotte to help people and solve problems in my community wherever the need is greatest.

Or please direct a portion of my contribution to the following registered Canadian charitable organization(s):

\$ _____ Name _____

Charitable # _____

A 7% administrative fee is applied to organizations that do not receive an allocation from the United Way.

For payroll deductions, please complete this section. Do not detach.

To be processed by your payroll office.



Name (please print clearly) _____ Employee # _____

I authorize the deduction of \$ _____ x _____ pay periods, for a total gift of \$ _____

Donor's signature _____ Date _____



Centraide

Saint John, Kings et Charlotte

L'heure est au changement.

Merci pour votre appui!

61 rue Union, 2ième étage
Saint John, NB, E2L 2G1
Tél: (506) 658-1212
Fax: (506) 633-7724
Email: sj.unitedway@nb.aibn.com # Organisme charitable:
Website: www.unitedwaysaintjohn.com 11927 8190 RR0001

RENSEIGNEMENTS DU DONATEUR



Employeur _____

Nom _____

Courriel _____

Domicile _____

Ville _____ Province _____ Code Postale _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone (bureau) _____

Reconnaissance du Donateur

Nous reconnaissons nos donateurs. Dites-nous comment vous voulez que votre nom (et ceux de votre époux(se)/partenaire, s'il y a lieu) soit affiché sur le roulement d'honneur des leaders de Centraide pour les dons de 1000\$ ou plus:

Veuillez assurer que mon don demeure anonyme.

MODE DE PAIEMENT



Retenues sur le salaire _____ \$ Par paie x _____ # Périodes de paie = _____ \$ Don Total

Comptant _____ \$ Don Total

Chèque _____ \$ Don Total

Carte de crédit _____ \$ Don Total

Visa Master Card American Express

Carte de crédit _____ Exp. _____

Facturer ma Carte de crédit Une fois

Mensuel _____ \$ pendant 12 mois consécutifs à partir de janvier.

Signature _____ Téléphone _____

Débit Direct: Pour mettre cette option en place veuillez contacter notre bureau au (506) 658-1212.

Des dons de titres: Nous acceptons des dons de titres (actions, obligations,...). Pour des renseignements contacter (506) 658-1212.

Des reçus officiels aux fins de l'impôt seront émis dans le cas de dons de plus de 20\$.

DISTRIBUTION DE CADEAU (OPTIONNELLE)



Je désire que Centraide Saint John, Kings et Charlotte distribue le montant de mon don en fonction des besoins des gens de ma communauté.

Ou s'il-vous-plaît diriger une partie de mon don vers l'organisme de bienfaisance enregistré du Canada suivant:

_____ \$, Nom _____

Organisme charitable _____

Un frais administratif de 7% sera appliqué à tout organisme qui ne reçoit pas de financement de la part de Centraide.

Remplissez cette section - Ne pas détacher.

Pour les retenues sur le salaire seulement, pour être traitées par votre bureau de paie.



Nom (imprimer clairement) _____ # d'employé _____

J'autorise la déduction de _____ \$ x _____ périodes de paie pour un don total de _____ \$

Signature du donateur _____ Date _____