**Rapport de l’ambassadeur en milieu de travail – Campagne 2019-2020**

(en prévision des dons prélevés en 2020)

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à Centraide HCN Manicouagan,

par télécopieur au 418-295-2567 ou par courriel à [centraidehcnman@globetrotter.net](mailto:centraidehcnman@globetrotter.net).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’organisation | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse (numéro et rue) : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ville : | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | Code postal : | | | |  | |  |
| Personne responsable : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre : | |  | | | | | | | |  | | Courriel : | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone : | |  | | | | | | | |  | | Télécopieur : | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANALYSE DES RÉSULTATS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A) DONS DES EMPLOYÉS, DES RETRAITÉS ET DE L’ENTREPRISE** *(Engagement pour l’année à venir)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Montant qui sera prélevé au final** | | | | | | **Nombre de donateurs** | | | | | | | | | | | | | | | | **Don moyen** | | | |
| Déduction à la source | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Comptant | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Chèques, cartes de crédit  Don des retraités | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Don corporatif | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Sous-total : | | | **(A)** | | | | | | **(B)** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ***Y a-t-il des donateurs de 500 $ et + ? OUI NON***  ***Est-ce possible de connaître leurs identités? OUI NON***  ***Nombre d’employés total au sein de l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de retraités au sein de l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***Taux de participation : Nombre de donateurs (B) – nombre d’employés / 100 = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %***  ***Avez-vous réalisé des activités de financement au cours de la présente campagne? OUI NON***  **Montant amassé** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Résultat des activités-bénéfice** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **(C)** | | | | | | |
| **Résultat total de la campagne** **(A) + (C)** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **(D)** | | | | | | |
| **MODE DE PAIEMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de paies par année : | | | | 24 | | 26 | | 52 | | | Autre : \_\_\_\_\_ | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Les **remises** à Centraide HCN/Manicouagan se feront : | | | | | | | Semaine | | | | | | Mois | | | | Annuel | | | | | | | | | ou spécifiez : \_\_ \_ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| À quelle date les déductions à la source débuteront-elles dans votre organisation ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pour ceux qui ont une campagne en cours, quelle somme nous remettrez-vous au 31 décembre 2019 ? \_\_ \_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Signature :** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |  | **Date :** | | | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  |